

**T.C**  
**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ**

**Sosyal Bilimler Enstitüsü**  
**İşletme Bölümü**  
**Doktora Programı**

**SAĞLIK KURUMLARININ**  
**KURUMSALLAŞMASININ KURUM**  
**PERFORMANSI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

**Doktora Tezi**

**Pınar Öztürk**

**Danışman**  
**Prof. Dr. Mustafa Aksu**

**İstanbul, 2014**

T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

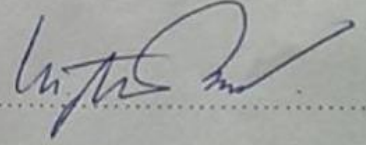
*İşletme Anabilim Dalı Doktora Programı* öğrencisi Pınar Öztürk tarafından hazırlanan "Sağlık Kurumlarının Kurumsallaşmasının Kurum Performansı Üzerindeki Etkisi" adlı bu çalışma jürimizce Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi : 25/03/2014.

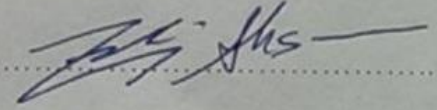
( Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası:

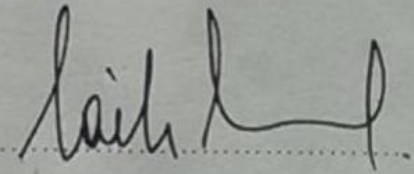
Jüri Üyesi: Prof.Dr.Mustafa Aksu.....  
Danışman: Haliç Üniv. İşletme Fakültesi  
İşletme ABD Öğr.Üyesi



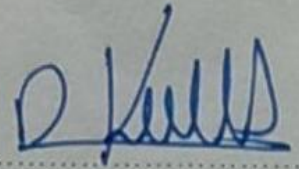
Jüri Üyesi: Prof. Dr. Zeki Aksan.....  
Haliç Üniv. İşletme Fakültesi  
İşletme ABD Öğr.Üyesi



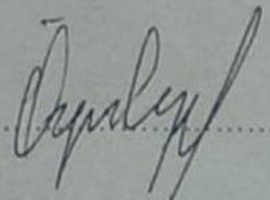
Jüri Üyesi: Prof.Dr.Sait Sevgener  
Haliç Üniv. İşletme Fakültesi  
İşletme ABD Öğr.Üyesi



Jüri Üyesi: Prof.Dr.Derman Küçükaltan.....  
Arel Üniv.İktisadi İdari Bilimler Fakültesi  
Turizm İşletmeciliği ABD Öğr. Üyesi



Jüri Üyesi: Doç.Dr. Özgür Çengel.....  
İstanbul Ticaret Üniv. Ticari Bilimler Fakültesi  
İşletme ABD Öğr. Üyesi



## ÖNSÖZ

Doktora tezimin çalışmalarında bana yol gösteren ve daha iyiyi yakalayabilmek için bana ışık tutan akademisyenlerin hepsine, öncelikle de tez danışmanım Prof. Dr. Mustafa Aksu'ya teşekkür ediyorum. Ayrıca titiz bir şekilde tezimi inceleyip katkıda bulunan Prof. Dr. Zeki Aksan'a, Prof. Dr. Sait Sevgener'e, Doç.Dr. Özgür Çengel'e ve Yrd. Doç.Dr. Selva Staub'a teşekkürlerimi sunarım.

Benden desteğini esirgenmeyen ve akademik olarak bana yol gösteren çalışma arkadaşlarım Doç. Dr. Figen Yıldırım'a, Prof. Dr. Oğuz Uras'a, Yrd.Doç.Dr.Özlem Deniz Başar' a, Duygu Celayır'a ve Ayben Koy'a ve ayrıca Prof.Dr. Murat Kasımoğlu' na teşekkür ederim.

Ayrıca çok zor bir sektörde çalıştığı halde yine de benden desteğini esirgemeyen tıp doktorlarının hepsine özellikle Dr. Ömer Çağlıaydın'a, Doç.Dr.İbrahim Dinçer'e ve Dr. Zeki Karpat'a şükran borçluyum. Özellikle araştırma aşamasında anketlerin toplanmasında ve yorumlanmasında bana destek olduğu için kendisi de bir tıp doktoru olan babam Dr. Cafer Öztürk' e ve beni bu günlere getirdiği, motivasyonumu arttırarak bu çalışma sürecini tamamlamama yardımcı olan anneme ve kardeşime de teşekkür ederim.

Pınar Öztürk

İstanbul, Ağustos 2014

# İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar LİSTESİ.....	6
KISALTMALAR DİZİNİ.....	9
ÖZET.....	10
ABSTRACT .....	12
GİRİŞ .....	14
<b>1. KURUM, KURUMSALCILIK VE KURUMSALLAŞMA İLE İLGİLİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE .....</b>	<b>16</b>
1.1. Kurum ile ilgili kavramlar .....	16
1.2. Kurumsalcılık .....	17
1.3. Kurumsal Teorinin Tarihsel Gelişim Süreci .....	18
1.3.1. Eski Kurumsalçı Kuramlar .....	18
1.3.2. Yeni Kurumsalçı Kuramlar .....	19
1.4. Kurumsalcılık Kuramlarının Özellikleri .....	20
1.4.1 Kurumsalcılık Teorilerinin Temel Varsayımları .....	20
1.4.2. Kurumsalcılık Teorilerinin Temelleri (Kurumsal Ekonomi) .....	21
1.4.3. Günümüzde Kurumsalcılık Teorilerinin Durumu .....	22
1.5. Kurumsalcılık Kuramlarına Yaklaşımlar .....	23
1.5.1. Merton ‘un Kurumsalcılık Yaklaşımı .....	25
1.5.2. Selznick ‘in Kurumsalcılık Yaklaşımı .....	25
1.5.3. Meyer ve Rowan’ın Kurumsalcılık Yaklaşımı.....	27
1.5.4. DiMaggio, Powell ve Zucker’ın Kurumsalcılık Yaklaşımı .....	27
1.6. Kurumsalcılık ve Stratejik İşletme Yönetimi .....	28
1.7. Kurumsalcılık Teorilerine Yöneltilen Eleştiriler .....	29
1.8. Kurumsalcılık Teorilerinin Temel Unsurları.....	30
1.8.1. İzomorfizm .....	30
1.8.1.1. İzomorfizm Türleri .....	32
1.8.1.2. İzomorfizm Mekanizmaları.....	35
1.8.1.3. İzomorfizme Yöneltilen Eleştiriler .....	41
1.8.2. Meşruiyet.....	42
1.8. Kurumsallaşma ile ilgili Kavramlar .....	45

1.8.1. Kurumsallaşmanın Kuramsal Temelleri .....	45
1.8.2. Kurumsallaşma İlkeleri .....	48
1.8.2.1. Formalleşme .....	48
1.8.2.2. Profesyonelleşme .....	49
1.8.2.3. Kültürel Güç .....	49
1.8.2.4. Tutarlılık .....	50
<b>2. PERFORMANS İLE İLGİLİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE .....</b>	<b>52</b>
2.1. Performansın Objektif ve Subjektif Ölçümü .....	53
2.2. Performans Belirleme Alanları .....	54
2.3. Kurumsallaşmanın Performansa Etkisi .....	56
<b>3. SAĞLIK, HİZMETLERİ VE KURUMLARI .....</b>	<b>59</b>
3.1. Sağlık Kavramının Gelişmesi .....	61
3.2. Sağlık Sistemine Genel Bir Bakış .....	63
3.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri .....	64
3.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması .....	66
3.5. Dünyada Sağlık Hizmetlerinin Durumu .....	70
3.6. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Durumu .....	75
3.7. Sağlık Kurumlarının Gelişimi ve Hastaneleşme .....	90
3.8. Türkiye Sağlık Sektörü Durum Analizi .....	96
<b>4. YÖNTEM .....</b>	<b>109</b>
4.1. Araştırmanın Türü .....	109
4.2. Evren ve Örneklem .....	109
4.3. Varsayımlar ve Kısıtlar .....	112
4.4. Verilerin Toplaması .....	113
4.5. Araştırmanın Kavramsal Modeli ve Hipotezler .....	119
4.5.1. Kavramsal Model .....	119
4.5.2. Hipotezler .....	119
4.6. Kullanılan Veri Analiz Teknikleri ve Gereçler .....	120
<b>5. ARAŞTIRMA SONUCU ELDE EDİLEN BULGULAR VE DEĞERLENDİRMELER .....</b>	<b>122</b>
5.1. Anketin 1. Bölümü: Araştırmaya Katılan Doktorların Demografik Özelliklerine Göre Analizi ve Değerlendirilmesi .....	122
5.2. Anketin 2. Bölümü: Kurumsallaşmaya İlişkin İfadelerin Yüzdesel Değerlerin Analizi ve Değerlendirilmesi .....	126
5.3. Anketin 3. Bölümü: Kurumsallaşmanın Alt Boyutlarına İlişkin Yüzdesel Değerlerin Analizi ve Değerlendirilmesi .....	130
5.4. Anketin 4. Bölümü: Araştırmaya Katılan Doktorların Çalıştıkları Sağlık	

Kurumlarının Performansına İlişkin Cevaplarının Analizi ve Değerlendirilmesi.	134
5.5. Faktör Analizi ve Güvenirlilik Analizi Sonuçları ve Değerlendirilmesi.....	138
5.6. Araştırmanın Regresyon Testleri Analizi Sonuçları ve Hipotezlerin Değerlendirilmesi .....	144
5.7. Araştırmanın Bulgularının Değerlendirilmesi .....	156
<b>SONUÇ.....</b>	<b>159</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>167</b>
<b>EK- ANKET FORMU .....</b>	<b>179</b>
<b>EK- ETİK KURUL ONAY BELGESİ.....</b>	<b>183</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>185</b>

## TABLÖLAR LİSTESİ

Eski ve Yeni Kurumsalcılık Teorilerinin Karşılaştırılması.....	20
Kurumsal Ekonomi ve Kurumsalcılık Teorileri.....	22
Kurumsalcılık Kuramlarına Yaklaşım Süreçleri .....	23
Kurumsallığın Süreç içinde ilerlemesine Kısa bir Bakış .....	28
İşletme Performansı Ölçümünde Sübjektif ve Objektif Kriterler.....	54
Sağlık Hizmetlerinin Yapısı .....	69
Güçlü Ve Zayıf Yanlar İle Fırsatlar Ve Tehditlerin Değerlendirilmesi Tablosu ( SWOT Analizi ).....	107
Kurumsallaşmayı Ölçmede Kullanılan Değişkenler ve Kodlar .....	115
Kurum Performansını Ölçmede Kullanılan Değişkenler ve Kodlar .....	118
Araştırmanın Kavramsal Modeli .....	119
Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	123
Kurumsallaşmaya İlişkin İfadelerin Yüzdesele Değerlerin Analizi ve Değerlendirilmesi .....	126
Kurumsallaşmanın Alt Boyutlarından Formalleşmeye İlişkin Ortalama ve Standart Sapmaları.....	130
Kurumsallaşmanın Alt Boyutlarından Profesyonelleşmeye İlişkin Ortalama ve Standart Sapmaları.....	131
Kurumsallaşmanın Alt Boyutlarından Kültürel Güce İlişkin Ortalama ve Standart Sapmaları.....	132
Kurumsallaşmanın Alt Boyutlarından Tutarlılığa İlişkin Ortalama ve Standart Sapmaları.....	133
Araştırmaya Katılan Doktorların Çalıştıkları Sağlık Kurumlarının Satış Performansına İlişkin Cevapları .....	134
Araştırmaya Katılan Doktorların Çalıştıkları Sağlık Kurumlarının Üretim ve Operasyon Performansına İlişkin Cevapları .....	135
Araştırmaya Katılan Doktorların Çalıştıkları Sağlık Kurumlarının İnsan Kaynakları	

Performansına İlişkin Cevapları .....	136
Araştırmaya Katılan Doktorların Çalıştıkları Sağlık Kurumlarının Finansal Performansına İlişkin Cevapları .....	137
KMO ve Barlett Testleri Sonuç Tablosu.....	138
Varimax Döndürmesinden Sonra Faktörlerin Öz Değerleri ve Varyansı Açıklama Yüzdeleri .....	139
Açılanan Varyans ve Cronbach Alpha Değerleri .....	141
Formalleşme Çoklu Regresyon Modeli Model Özeti .....	145
Formalleşme Ölçeği ANOVA Tablosu .....	145
Formalleşme Çoklu Regresyon Modeli için Katsayılar .....	145
Profesyonelleşme Çoklu Regresyon Modeli Model Özeti.....	146
Profesyonelleşme Ölçeği ANOVA Tablosu .....	146
Profesyonelleşme Çoklu Regresyon Modeli için Katsayılar .....	147
Kültürel Güç Çoklu Regresyon Modeli Model Özeti .....	147
Kültürel Güç Ölçeği ANOVA Tablosu.....	147
Kültürel Güç Çoklu Regresyon Modeli için Katsayılar .....	148
Tutarlılık Çoklu Regresyon Modeli Model Özeti.....	148
Tutarlılık Ölçeği ANOVA Tablosu .....	149
Tutarlılık Çoklu Regresyon Modeli için Katsayılar .....	149
Profesyonelleşme Çoklu Regresyon Modeli Model Özeti.....	150
Profesyonelleşme Ölçeği ANOVA Tablosu .....	150
Profesyonelleşme Çoklu Regresyon Modeli için Katsayılar.....	151
Formalleşme Çoklu Regresyon Modeli Model Özeti .....	151
Formalleşme Ölçeği ANOVA Tablosu.....	151
Formalleşme Çoklu Regresyon Modeli için Katsayılar .....	152
Tutarlılık Çoklu Regresyon Modeli Model Özeti.....	152
Tutarlılık Ölçeği ANOVA Tablosu .....	153



Tutarlılık Çoklu Regresyon Modeli için Katsayılar .....	153
Kültürel Güç Çoklu Regresyon Modeli Model Özeti .....	153
Kültürel Güç Ölçeği ANOVA Tablosu.....	154
Kültürel Güç Çoklu Regresyon Modeli için Katsayılar .....	154
Araştırma Modeline Ait Hipotez Sonuçları .....	155

## KISALTMALAR DİZİNİ

A.B.D:	Amerika Birleşik Devletleri
çev.	Çeviren
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
DPT:	Devlet Planlama Teşkilatı
Ed. :	Editör
KMO-Test:	Kaiser-Meyer-Olkin Analizi
OECD:	Organization for Economic Co-Operation and Development
p :	Anlamlılık Düzeyi
s.	Sayfa
SB.	Sağlık Bakanlığı
SDP:	Sağlık Dönüşüm Programı
SGK:	Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS:	Statistic Program for Social Sciences
SSPD:	Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi
TTB:	Türk Tabipleri Birliği
UDKK:	Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulu
vb.	ve benzeri
vd. :	ve diğerleri

## GENEL BİLGİLER

**Adı ve soyadı** : Pınar Öztürk  
**Anabilim Dalı** : İşletme Anabilim Dalı  
**Programı** : İşletme Doktora Programı  
**Tez Danışmanı** : Prof. Dr. Mustafa AKSU  
**Tez Türü ve Tarihi** : Doktora – 2014  
**Anahtar Kelimeler** : Kurumsallaşma, Kurum Performansı, Sağlık Kurumları

### SAĞLIK KURUMLARININ KURUMSALLAŞMASININ KURUM PERFORMANSI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

#### ÖZET

Bu çalışmanın amacı kurumsallaşmanın kurum performansına etkilerini incelemektedir. Kurumsallaşma ile firma performansı arasındaki ilişki çeşitli araştırmalara konu olmakla birlikte akademik yazından farklı bulgular elde edilmiştir.

Çalışma evrenini İstanbul ‘da ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri veren hastanelerde çalışan doktorlar oluşturmaktadır. Bu çalışmada; kurumsallaşmanın alt boyutlarıyla birlikte firma performansına etkileri incelenmiştir. Verilerin analizinde SPSS 22.00 programı kullanılmıştır. Daha sonra tanımlayıcı istatistikler, faktör analizi ve regresyon analizleri yapılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, sağlık kurumlarında kurumsallaşma ile kurum performansı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırma sonuçları literatürdeki araştırma bulgularını kısmen desteklemektedir. Araştırma bulguları yorumlanarak yönetsel uygulamalara ilişkin etkileri değerlendirilmiştir. Sağlık ve sağlık hizmeti insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Bu bakımdan, sağlık kurumlarında kurumsallaşmanın; elde edilen veriler doğrultusunda performansı arttırması yönünde önemli bilgiler sağlayarak sağlık

işletmelerinin gelecekle ilgili planlar hazırlamasına, politika ve stratejilerini belirlemesine önemli katkısı olacaktır.

## **GENERAL KNOWEDGE**

**Name and Surname** : Pınar Öztürk  
**Field** : Business Administration  
**Program** : Business Administration  
**Supervisor** : Prof. Dr. Mustafa AKSU  
**Degree Awarded and Date** : Doctor of Philosophy – 2014  
**Keywords** : Corporate Governance, Corporate Performance,  
Healthcare Institutions

## **INSTITUTIONALIZATION OF HEALTH INSTITUTES AND ITS IMPACT OF INSTITUTIONAL PERFORMANCE**

### **ABSTRACT**

The aim of this research is to study the effects of institutionalization on institutional performance. While the correlation between institutionalization and institutional performance exists in various researches, different findings have been obtained from academic literature.

The population of the study is doctors, who are working in secondary and tertiary health care institutions in Istanbul. In this study; institutionalization with its sub-dimensions and its effect on institutional performance has been examined. SPSS 22.00 program was used in analyzing the data. Then, descriptive statistics, factor analysis and regression analysis were performed. According to the results of the study, there exists a significant relationship between the institutionalization and the institutional performance of healthcare institutions. Research results partially support the findings in the literature. The research findings have been interpreted; implications thereof on managerial practices have been analyzed. Health and health care services are very important in maintaining and also in the creation and preservation of quality of human life. In this respect, institutionalization in healthcare

institutions will certainly provide significant knowledge to enhance performance in light with the data obtained, to prepare relevant plans for future and identifying policies as well as strategies accordingly.

## GİRİŞ

Çalışmanın amacı kurumsallaşmanın sağlık kurumlarının kurum performansı üzerindeki etkisini incelemektir. Kurumsallaşmanın işletme yönetimi bilimine tuttuğu ışığı vurgulamak ve günümüz işletme yönetimi yaklaşımlarına olan etkilerini ortaya çıkarmaktır. Çalışmanın sonunda hastaneleşme ile kurumsallık arasındaki koşutluğu belirlemek ve günümüz koşullarında yorumlamaktır.

Tez üç ana bölümden meydana gelmiştir. Kurumsallaşma performans ve sağlık sektörü ve araştırma bölümünden oluşmaktadır. Kurumsallaşma bölümünde, kurumsallaşmanın kuramsal temelleri üzerinde durulmuştur. Sağlık sektörü bölümünde tedavi edici hizmetler ve Türk sağlık sistemi yapısal özellikleri üzerinde çalışılmıştır. Performansta bölümünde yeni kurumsallıktaki performans yaklaşımı ile kurumsalcılık kuramındaki performans kavramı arasındaki fark ele alınarak, kurumsalcılığın performansı kavramını ne kadar değişik bir beceri ile kullanıldığı ortaya konulmuştur.

Araştırmanın sonucunda yapılan non-parametrik ve parametrik incelemeleri derli toplu ve araştırmanın gayesi ile tutarlı olarak verilmiştir.

Çalışmanın bazı temel hedefleri bulunmaktadır. Bu temel hedefler, araştırmanın konuları ile ilgili olarak çeşitli kuramsal savların bu çalışmaya kadar (geçmiş araştırmalarda) ele alınmamış olması nedeni ile belirli bir özgünlük içinde işletme bilimine katkıda bulunmak istendiğinden doğmuştur. Özellikle, iş tasarımlarının dış koşullara uyumlu olması biçimde ortaya çıkan formalleşme, kurumsallaşmanın en önde giden yapısal özelliği (contract) olarak kabul görmüştür. Kurumsallaşmanın bu araştırmadaki gibi derli toplu biçimde kullanılan yapı taşları öbeği ancak son yıllarda yapılan bazı araştırmalarda, o da kısmen gözlenebilir olmuştur. Çalışmanın kuramsal yönetimi ile ilgili davranış yönü (kurumsal yönetim) çalışma kapsamı dışında bırakıldığından, formalleşme kurumsallaşmanın en önemli belirleyicilerinden birisi olarak görülmüştür. Buna göre, ilk bakışta yapısal olarak en çok formalleşen kurumun en kurumsallaşmış kurum olduğu söylenebilir.\* Bu durum

o kadar büyük bir zorlukla çözümlenese de yapılan araştırmalarda kurumsallaşmanın diğer boyutları arasında henüz bir bileşenler durumu ortaya konamamış olması kuramda tamamlanması gereken bir durumu yansıtmaktadır. Bütün bunların önünde, doğrusu, kurumsallaşma bir kurumda bir kez başladı mı, sürer gider ve en belirleyici varlık özelliği de eş biçimcilik olarak kabul edilebilir. Araştırmanın hipotezleri çevresinde buna benzer birçok işletme bilimi konuları için tamamlanabilirlik ve tartışılabilirlik durumları ortaya çıkabilir.

Benzer şekilde, kurumsallaşmanın bileşenlerinden profesyonelleşme bileşenini gerek kurumsal gerek mesleki konulardan geliyor olabilmesi araştırmanın yapı taşları (constructs) arasında çok boyutlu bir inceleme gerektirebilir. Ve bu gereklilik, araştırmanın hedeflerinin yakından incelenmesi açasından yararlar sağlayabilir. Buna göre, çalışmanın sonunda, işletme bilimine bazı kuramsal çözümlenmeler ve katkılar sağlanmış olabilir.

\*Katılımcıların ve değerlendiricilerin konu ile ilgili ortak anlayışını sağlamak üzere

Çalışmanın birinci bölümünde kurum, kurumsalcılık ve kurumsallaşma ile ilgili genel görüşlere ve tanımlara yer verilmiştir. Kurumsallaşmanın öneminde n ve kurumsallaşama boyutlarından bahsedilmiş olup özellikle çalışmanın ilerleyen bölümlerinin daha iyi anlaşılması için açaıklamalar yapışılmıştır.

İkinci bölümde ise performans kavramı ele alınmıştır. Performans ile ilgili temel kavramlar, objektif ve sübjektif performans ölçüm yöntemleri incelenmiştir. Kurum Performansını tanımlayan kavramlar kısaca açaıklanmıştır.

Daha sonra kurumsallaşmanın performansa etkisi ile ilgili yapılmış çalışmalar belirlenerek sonuçları ele alınmıştır.

Son bölümde ise sağlık sektörü ele alınmıştır. Sağlık sektörünün Dünya'da ve Türkiye'de gelişimi ve yapısı incelenerek çalışmadaki önemi vurgulanmıştır.



# 1. KURUM, KURUMSALCILIK VE KURUMSALLAŞMA İLE İLGİLİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE

## 1.1. Kurum ile ilgili kavramlar

Kurum terimi; toplumda organize olmuş, yerleşmiş, kabul edilmiş ve süreçleri belli olan sosyal ilişkiler düzenini (Koçer, 2005: 361) ya da organizasyonel yapılar, süreçler ve bireysel davranış için değişkenler sağlayan gelenek ve normları ifade etmektedir (Mavima ve Richard Chackerian, 2001: 94). Başka bir deyiş ile kurum terimi toplumda örgütlenmiş, yerleşmiş, kabul edilmiş, prosedürleri belli bir sosyal ilişkiler düzenini ve topluluğunu anlatmaktadır (Koçel, 2001: 291). Kurum, kurallara dayalı ve standartlaştırılmış sosyal uygulamaların bir araya geldiği bir kuruluş ya da oluşum düzenidir (Dillard, Rigsby ve Goodman, 2004: 508). Kurumlar zaman içinde yeniden üretilen kurallar ve kaynaklar ile açıklık ve esneklik özelliklerine sahip yapılardır (Giddens, 1984: 375). Sosyolojik açıdan kurum, belli başlı toplumsal ilgi alanlarını içine alan davranış kalıpları ile bir toplumun temel kaygılarını ve faaliyetlerini düzenleyen ve sosyal ihtiyaçlarını karşılayan tüm yapısal bileşenleri içine almaktadır (Marshall, 2005: 438).

Kurumlar, temel kurumlar ve ikincil kurumlar olmak üzere iki ana grupta incelenebilirler (Bresser ve Millonig, 2003: 221-222):

- (a) *Temel kurumlar*, sosyal açıdan evrim geçirmiş olan ve genel kabul görmüş normları ve değerleri temsil ederler. Temel kurumlar ciddiye alınırlar ve bu kurumların planlı olarak değiştirilmeleri çok güçtür. Temel kurumların bir ürünü olarak nitelendirilebilecek
- (b) *İkincil kurumlar* belirli sosyal sorunların çözüme kavuşturulması için vardır. İkincil kurumlar, yasaları, anlaşmaları, örgütleri ve örgütsel kural ve prosedürleri içine alırlar. Bu kurumlar, temel kurumlara kıyasla daha esnek olup, planlı olarak değiştirilmeleri de daha kolaydır. Temel kurumlarda olduğu gibi, ikincil kurumlar da izleyicileri tarafından ciddiye alınarak içselleştirilebilir.

Kurumlar, "kurumun varoluşunda öncelikte kimin yararlandığı" ölçütüne göre sınıflandırılabilirler. Bu ölçüte göre kurumlar (Blau ve Scott, 1962):

- Yalnızca üyelerinin çıkarlarını koruyan, üyeleri için faaliyette bulunan ortak yarar sağlayan kurumlar (sendikalar, kulüpler, siyasi partiler, din kurumları gibi).
- Öncelikle mal sahiplerine yarar sağlayan kurumlar, İşletmeler (sanayi işletmeleri, mağazalar, bankalar, sigorta şirketleri gibi);
- Öncelikle müşterilerine yarar sağlayan hizmet kurumları ve
- Kamu yararına faaliyet gösteren kurumlar (Maliye Bakanlığı, polis, itfaiye örgütleri gibi)

olarak dört kategoride toplanabilir.

## 1.2. Kurumsalcılık

Kurumsalcılık (kurumsallık, *institutionalism*); örgütlerin, kurumsal çevrelerindeki olgular tarafından kurgulandıklarını, onlara benzeme eğilimi gösterdiklerini ve biçimsel örgütlerin, teknik ve dönüşümsel karşılıklı bağımlılıklar yoluyla kurumsal çevrelerine uyumlu duruma geldiklerini ileri süren bir kuramdır (Meyer ve Rowan, 1977: 346). Kurumsalcılık, genel olarak, biçimsel örgüt yapıları ile bu yapıların gelişimine katkı sağlayan sosyal süreçler arasındaki ilişkilere yönelik bir düşünme biçimidir (Dillard, Rigsby ve Goodman, 2004: 508).

Kurumsalcılık kuramına göre; örgütler ve onları oluşturan bireyler, bir bakıma kendilerini var eden değerler, normlar, kurallar, inançlar ve genel kabul gören davranış kalıplarından örülmüş bir ağ ile çevrilidirler. Bu ağ, örgütlerin ve bireylerin eylemlerini şekillendiren rasyonel bir çevre sunmaktadır (Hasselbladh ve Kallinikos, 2000: 698). Endüstri sonrası toplumdaki birçok örgütün biçimsel yapısı, işe dönük ölçütler (verimlilik, etkinlik gibi) ve örgüt içi eşgüdüm ve denetim

gereklerini değil, kurumsal çevrelerinin dolaylı etkisini yansıtmaktadır (Meyer ve Rowan, 1977: 340-341).

Kurumsalcılık teorileri, örgütsel devamlılık ve değişim süreçlerini açıklamış ve anlaşılmasını sağlamıştır. Bu durum, durumsallık kuramı (*contingency theory*) ve kaynak bağımlılığı kuramı altında önem verilen görev ve teknik öğelerden daha çok, örgütsel çevrelerin sosyal ve kültürel görünümleri vurgulayan (Oliver, 1991:145), örgütün 'açık sistemler' görüşlerinin geliştirilmesi olarak görülebilir (Ashworth, Boyne ve Delbrige, 2005: 61-62).

### **1.3. Kurumsal Teorinin Tarihsel Gelişim Süreci**

#### **1.3.1. Eski Kurumsalcı Kuramlar**

Eski kurumsalcılık teorilerinin kökleri yapısal – işlevselci sosyolojiye, yeni kurumsal teorilerinin kökleri ise Parsons'ın katkısını tamamen reddetmemekle birlikte görüngübilimsel sosyolojiye dayanmaktadır (Özen, 2010:287). Kurumsalcı geleneğin, on dokuzuncu yüzyıldan günümüze kadar ekonomi, siyaset ve sosyoloji gibi alanlarda varlığını sürdüren bir bakış açısı olduğu bilinmektedir. Doğuş biçimi, temel vurgusu ve gelişim çizgisi açısından aralarında farklılıklar olmakla birlikte, bu disiplinlerdeki kurumsal yaklaşımların paylaştıkları temel kaygı, toplumsal düzenin ve sürekliliğin temellerini anlamaktır. (Özen, 2010: 244).

Kurumsalcı ekonomi Neoklasik Okul'un soyutlayıcı, tündengelimci analiz yöntemine ve kamu müdahalesini, en aza indirmeye çalışan ekonomi politikası önerilerine karşılık, 20. yüzyılın başında ABD'de gelişen bir akımdır. Kurumsalcı ekonomi düşüncesinin Thornstein Veblen'in "Ekonomi Niçin Evrimci Bir Bilim Değildir?" başlıklı makalesi ile başladığı kabul edilir. Aradan geçen sürede, bu akımın etkisi büyük iniş-çıkış göstermiştir. Bu düşünce akımının en etkili olduğu dönem, Birinci Dünya Savaşı ile İkinci Dünya Savaşı arasındaki yıllardır. İkinci Dünya Savaşı izleyen yıllarda Keynes ekonomisinin yaygın kabul bulmasını izleyerek etkisi giderek azalmıştır. Günümüzde en tanınmış ve en etkili temsilcileri ABD'de J. K. Galbraith (1908- ), Batı Avrupa'da da İsveçli Gunnar Myrdal (1898- ) ve Fransız François Perroux olmuştur. Geçmişteki en önemli temsilcileri arasında T.

Veblen (1857-1929) ve W. C. Mitchell (1874-1948) anılmaktadır (Savaş, 2000, s. 648).

### 1.3.2. Yeni Kurumsalci Kuramlar

Kurumsalcılar Neoklasik Ekonomi anlayışının çok soyut, somut gerçeklerden kopuk ve mekanistik bir anlayış ile kurulmuş kuramlardan oluştuğunu ileri sürerler. Kurumsalcılar neoklasik ekonomi anlayışının tersine, daha somut gerçekleri araştırmaya yönelmişlerdir. Bunların bir bölümü (örneğin, Galbraith) ileri endüstri kapitalizminin kurumlaşmasından doğan, rekabeti engelleyen oligopolcü yapısını, bir bölümü (örneğin, Mitchell) konjonktür dalgalarının istatistiksel analizler ile gerçek tablosunu, bir bölümü toplumdaki evrimin niteliğini araştırmışlardır. Ancak incelenen konuya bakılmaksızın, Kurumsalcılar, somut gerçeklerden hareket etmişler, dengesizlikler üzerine durarak insan etkisinin önemini vurgulamışlardır. Bu neden ile toplumu ve ekonomiyi dengeye getirerek optimal seviyeye ulaşmada devlet müdahalesini savunmuşlardır. Bu yaklaşımları ile kurumsalcıların insan ve toplum öğelerini vurgulamaları onların önemli bir özelliği olmuştur (Savaş, 2000, s. 646-648).

*"Yeni Kurumsalcılık"* olarak adlandırılan akımda sosyal yapı ve davranışların açıklanmasında; kuralların rolü, kültürün etkisi ve tarihin bazı önemli konuları öne çıkmıştır (Scott, 2003: 879-880). Yeni kurumsalcılar, literatürüne 'kurumsal eşbiçimlilik' kavramını kazandırmışlar ve bu kavramdan yola çıkarak, örgütlerin, gerek taklitçilik gerek zorlayıcılık gerekse normatif baskıların etkisi ile birbirlerine giderek daha çok benzemeye başladıklarını ortaya koymuşlardır (DiMaggio ve Powell, 1983: 150-154).

### Eski ve Yeni Kurumsalcılık Teorilerinin Karşılaştırılması

<b>Karşılaştırma Konuları</b>	<b>Eski Kurumsalcılık Teorileri</b>	<b>Yeni Kurumsalcılık Teorileri</b>
Çıkar Çatışması	Merkezi	Çevresel
Ataletin Kaynağı	Çıkar çevreleri	Yasallık zorunluluğu
Örgütsel Yapı	Biçimsel olmayan yapı	Biçimsel yapının simgesel rolü
Örgütün Yeri	Bölgesel çevre	Alan, sektör ya da toplum
Kurumsallaşmanın Odak Noktası	Örgüt	Örgütsel alan ya da toplum
Örgütsel Dinamikler	Değişim	Katılık
Faydacılık Eleştirisinin Temelleri	Çıkar birliği teorisi	Eylem teorisi
Faydacılık Eleştirisinin Sonuçları	Beklenmeyen sonuçlar	Düşünceyi yansıtmayan eylemler
Algılamının Anahtar Formları	Değerler, kurallar, tutumlar	Sınıflandırmalar, yazılar programlar, şema
Sosyal Psikoloji	Sosyalizasyon teorisi	Özellikler teorisi
Emrin Bilişsel Temeli	Bağlılık	Alışkanlıklar, uygulamalı eylem
Hedefler	Değiştirilebilir	Belirsiz
Gündem	Politikalara uygunluk	Disiplin

Kaynak: Paul DiMaggio ve Walter W. Powell (1995) akt. Özel, Şükrü (2010). "Yeni Kurumsal Kuram Örgütleri Çözümlemede Yeni Ufuklar ve Yeni Sorunlar" içinde 237-330. Sargut, A. Selami ve Özen, Şükrü (2010), Örgüt Kuramları, İmge Kitabevi, Ankara, s. 286.

## 1.4. Kurumsalcılık Kuramlarının Özellikleri

### 1.4.1 Kurumsalcılık Teorilerinin Temel Varsayımları

Kurumsalcılık teorilerinin temel varsayımları aşağıdaki gibidir (Ataman, 2009: 241; Greening ve Grey, 1994) :

- (a) Çevrede bazı kuralsal, düşünsel ve yasal unsurlar örgütsel davranışların özgünlüğünü sınırlamaktadır,
- (b) Kurumsal çevre örgütsel yapılarıdaki benzeşmeye yol açmaktadır,
- (c) Örgütler için meşru olmak örgütsel verimlilikten veya etkinlikten daha önemlidir,
- (d) Örgütler onları çevreleyen kurumları yansıtmaktadırlar,
- (e) Örgütü kurumsal çevreye benzetmek, yöneticinin en önemli rolüdür,
- (f) Kurumsallaşan örgütlerin hayatta kalma şansları daha yüksektir,
- (g) Örgütsel çevreler birbirleri ile etkileşim içindedir,

(h) Örgütsel davranış, alışkanlıkların doğal bir sonucudur.

#### **1.4.2. Kurumsalcılık Teorilerinin Temelleri (Kurumsal Ekonomi)**

Kurumsalcı iktisadın gelişim sürecinde, iktisadi düşüncenin tarihi ilerlemesi boyunca, kurumlar ve kurumsal değişime ilişkin konular üzerinde çalışmalar yapan pek çok iktisatçının bulunduğu görülmektedir. Amerikan kurumsalcı geleneğinin temsilcileri olan T. Veblen, W. Mitchell, J.R. Commons ve C. Ayres bu akımın öncüleri arasında yer alır. Ancak A. Smith ve J.S. Mill gibi Klasik İktisatçılar; Alman, İngiliz ve Amerikan Tarih Okulu üyeleri; Marx ve diğer Marxçılar; Menger, von Wieser ve Hayek gibi Avusturya okulu üyeleri; Schumpeter ve Marshall gibi yeni-iktisatçıların çalışmalarında da kurumsalcılığın çeşitli boyutlarına rastlamak olasıdır (Rutherford, 1995:1).

Kurumsalcılık Teorilerinin temelleri birden fazla disipline bağlı olarak açıklanabilir. Bu çalışmayı etkileme olasılığı en yüksek olan Kurumcu Ekonomi ile bağlantısı şematik olarak aşağıda gösterilmektedir.

### Kurumsal Ekonomi ve Kurumsalcılık Teorileri

	<b>Kurumsal Ekonomi</b>	<b>Kurumsalcılık Teorileri</b>
Dönem	1900'lerin başı	1940'lar ve 1970 sonrası
Temsilcileri	Veblen, Mitchell, Galbraith, Commons, Perroux	Merton(1945) Selznick(1949) Meyer&Rowan(1977) DiMaggio&Powell(1983)
Orijin	İktisat	Disiplinlerarası (Sosyoloji, Örgütsel İktisat ve Örgüt Teorisi)
Analiz	Sosyolojik	Karışık
Model	Makro iktisadi	Açık sistem
Teorisyenler	İktisatçı	Sosyolog
Çevre faktörü	Var (Sosyal ve Ekonomik)	Var (Teknolojik-Kurumsal-Örgütsel)
İnsan faktörü	Var İktisadi sistemdeki kurumların insanlar üzerindeki etkisi	Yok İzomorfizm yüzünden, örgütsel davranış ihmal edilmiştir.
Ortak zayıflıkları	"Okul" olamamışlardır	"Teori" olamamışlardır, "yaklaşım" olarak kalmışlardır.
Geçerlilikleri	Var İşlem maliyeti konusunda çalışmaktadırlar.	Var

**Kaynak:** Göksel Ataman (2009). İşletme Yönetimi, Temel Kavramlar ve Yeni yaklaşımlar, Türkmen Kitabevi, İstanbul, s. 232.

#### 1.4.3. Günümüzde Kurumsalcılık Teorilerinin Durumu

Yeni kurumsalcı teori araştırmacıları işlem maliyeti kuramı üzerinde çalışmaktadırlar. Ancak izomorfizmin sosyolojik özellikleri ile işlem maliyetlerinin kapsadığı verimlilik konuları henüz bağdaştırılamamıştır. Örgütlerin uluslararası alanında özellikle muhasebe standartları ve bunlardan da finansal aracılık sistemi standartları konusunda izomorfizmin perdelediği fakat kurumsalcılıktan kaynaklanan sistemik hatanın kaynağı üzerindeki tartışmalar sürmektedir (Elsner, 2012: 3-4).

- (a) İzomorfizm ile meşrulaşma, birbirini karşılıklı besleyen iki unsurdur. Biri diğerine dayanmaktadır.
- (b) Ampirik olarak ispatlanması geniş çaplı kabul görmemiştir.
- (c) Bilimsel anlamda temsil yeteneği bulunamamıştır.

Türkiye’de yapılan çalışmaların önemli bir kısmı (örneğin Sargut, 1999; Üsdiken, 2003; Erçek, 2004; Özen ve Berkman, 2007) kurumsalcılık teorilerinin kurumsallaşma, meşrulaşma, yayılım, izomorfizm gibi temel kavramlarını Türkiye’nin çevre ülke olmasından kaynaklanan niteliklere dayanarak sorgulamakta ve değiştirmektedir (Özen, 2010: 329).

### 1.5. Kurumsalcılık Kuramlarına Yaklaşımlar

Felsefi arka plan, Dilthey, Husser ve Schutz gibi Alman idealistler altında temellenirken, en yaygın çalışmalar da sosyolog Peter Berger tarafından yapılmıştır. Çalışmalarında, sosyal realitenin, sosyal etkileşimden oluşan insan yapısı olduğuna dikkat çekmiştir. İşte - hareketlerde gerçekleşen bu süreç, kurumsalcılık olarak tanımlanan kişilik ve diğeri tarafından aynı anlamı verir ve tekrarlanır. Aslında bu görüşler, mikro veya sosyal psikolojinin araştırma konularıdır.

Kurumsalcılık Kuramlarına Yaklaşım Süreçleri

Araştırmacılar	Dönemleri	Başlıca Özellikleri
Merton Selznick	1945 1948	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fonksiyon Teorisi</li><li>• Doğal Sistem Modeli</li><li>• Sosyal değişim dinamikleri</li><li>• Rasyonel analiz</li></ul>
Meyer ve Rowan	1977	<ul style="list-style-type: none"><li>• “Kurumsalcılık” başlığının kabul görmesi</li></ul>
DiMaggio ve Powell	1983	<ul style="list-style-type: none"><li>• Yeni Kurumsalcılık Yaklaşımı</li><li>• Çevreye uyumun önemi</li></ul>
Zucker	1987	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kurumsallaşmanın Mikro Temelleri</li><li>• Çevreye uyumun pozitif etkisi</li></ul>

Kurumsalcılık teorilerinin tarihsel gelişimi incelendiğinde, toplumsal düzenin ve sürekliliğin temellerini aramaya yönelik çabaların Eski ve Yeni Kurumsalcılık Teorileri başlıkları altında toplandığı görülmektedir. Eski Kurumsalcılık Teorileri, 1930’lu yılların sonunda, ağırlıklı olarak “Bürokrasi



Yaklaşımı” temelli çalışmalar çerçevesinde şekillenmeye başlamış; Yeni Kurumsalcılık Teorileri ise, 1970’li yılların sonunda gerçekleştirilen ve örgütsel analiz için farklı çerçeve sunan bazı çalışmalar olan Meyer, Rowan (1977); Powell, DiMaggio (1983) doğrultusunda ortaya çıkmıştır. Eski ve Yeni Kurumsalcılık Teorileri arasında her ne kadar analitik odak noktası, çevreye yaklaşım, çatışma ve değişimi ele alış biçimi ve bireysel eylem imgeleri açısından farklılıklar olsa da; örgüte ilişkin rasyonel aktör modeline şüphe ile yaklaşımları, kurumsallaşmayı, örgütün izleyebileceği seçenekleri sınırlandırmak örgütü daha az rasyonel hale getiren bir süreç olarak görmeleri, örgüt ile çevre arasındaki ilişkiyi vurgulamaları, örgütün biçimsel yapısı ile tutarsız olan yönleri ortaya çıkarmayı amaçlamaları, örgütsel gerçekliğin şekillenmesinde kültürün rolünü vurgulamaları açısından benzerlik göstermektedirler. DiMaggio ve Powell (1995)’a göre; bu benzerlikler, Eski ve Yeni Kurumsalcılık Teorileri arasında bir devamlılık ilişkisi olduğunu açıkça ortaya koymaktadır (Kartalpe, 2010: 87). Zucker, 1990’lara yaklaşırken, kurumların çevreye uyumları sonucunda olumlu bir imaj kazanacaklarını, böylece ihtiyaç duydukları kaynaklara daha kolay erişebileceklerini ve örgüt olarak birbirlerine benzeyeceklerini ancak bu benzerlik sürecinin, verimlilikten bağımsız olarak gelişemeyeceğini öne sürmüştür (Ataman, 2009:234).

Kurumsalcılık literatüründe son dönemlerde üzerinde durulan çalışmalarda dikkatler, örgütlerdeki benzerlikler kadar, farklılıklar üzerinden kurumsal değişimin kaynakları, sonuçları ve kurumsal süreçlere doğru kaydığı (Scott, 2003:881) ifade edilmektedir. Buna ek olarak, araştırmacılar yasallık kavramına vurgu yapmakta ve örgütlerin sosyal değerler ile mi yoksa sosyal açıdan yapılandırılmış modeller ile mi yasallık kazanacağına; ayrıca kurumların hangi unsurları ile ilgileneceği, hangi sosyal aktörlerin yasallık üzerinde etkili olduğu ve değerlendirmelerin hangi düzeyde yapılması gerektiği gibi sorulara yanıt aramaktadırlar (Ruef ve Scott, 1998: 878).

Kurumsalcılık teorilerine ait çok çeşitli yaklaşımlar araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Kurumsalcılık teorilerine ait bazı yaklaşımlar aşağıda ele alınmıştır.

### **1.5.1. Merton ‘un Kurumsalcılık Yaklaşımı**

Eski Kurumsalcılık Teorileri genellikle Selznick ‘in çalışmalarıyla özdeşleşmesine rağmen Merton ‘un, Selznick ‘in çalışmaları üzerindeki etkisi yadsınamaz. Merton “Bureaucratic Structure and Personality” adlı eserinde, “kurumsallaşma” terimini kullanmasa da, bürokratik yapının özelliklerine, örgütlerdeki süreçlerin biçimselliğine, meşruiyete ve örgüt içi kurallara vurgu yapmıştır (Kartaltepe, 2010: 88).

Endüstriyel düzenle ilgili ilk analiz, Weber (1946) tarafından "formal organizasyon" başlığıyla yapılmış; organizasyonların modern toplum sürecinde "bağımsız sosyal aktörler" olarak tanımlanmasını ise ilk kez Merton ve meslektaşları yapmışlardır. Zucker ve DiMaggio ise; yeni kurumsal yapının potansiyel yaratıcıları olarak örgütsel ve bireysel aktörlere dikkat çekmişlerdir (Ataman, 2009: 235).

Merton çalışmalarında organizasyonlar için deneysel testler ve fonksiyonel mantık üzerinde durmuş ve fikirlerini "Fonksiyon Teorisi’nde toplamıştır. Buna göre, fonksiyonel yaklaşımla incelendiğinde örgütler iki özellik gösterirler (Ataman, 2009: 235): (1) Örgüt yapısı içinde, birbirinden farklı öğeler vardır ve (2) Yapısal düzenlemelerin, fonksiyonel olmayan sonuçları arasında dengenin kurulması gerekir.

İşte bu iki özelliğin gerçekleşebilmesi de iki varsayıma dayanır: (1) Sistemin yapısal unsurları, bütünün parçalarıyla ilişkili olabilecek şekilde, bütünleşmiş olmalıdır ve (2) Sosyal sistem fonksiyonlarına faydası olacak yapılar vardır. Ancak yine de sistem hayatta kalamayabilir.

Merton, sonuç olarak; fonksiyonel yardımların, yapısal düzenlemelerdeki oynayacağı aktif role dikkat çekmiş, bununla beraber gerçekleştirilen yapısal düzenlemelerin, fonksiyonel ve fonksiyonel olmayan sonuçları olabileceğini vurgulamıştır (Kartaltepe, 2010: 88).

### **1.5.2. Selznick ‘in Kurumsalcılık Yaklaşımı**

Selznick yaklaşımı kurumsallaşma kavramına ait bilinen en eski yaklaşımdır. Kurumsallaşmayı, fikirleri, değerleri yayma süreci olarak tanımlamıştır.

Selznick kurumsallaşmayı, aynı zamanda kurum ve bireyler tarafından sınırlamalar getirilen uygulamalı bir süreç olarak açıklamıştır (Eryılmaz, 2002: 15). Selznick, Merton 'un yanı sıra, Michels ve Barnard gibi entelektüellerin arasında kalarak etkilenmiş ve sonra kendi 1949'da "doğal sistem modeli" ni geliştirmiştir. Bir örgüt kurumsallaştığında, özel bir karakter edinecek ve ayırt edici yetkinliklere ulaşacak belki de yerleşik bir eylemsizliğe sahip olacaktır. Bu çerçevede liderin sorumluluğu, faydası kadar maliyetleri de olabilecek kurumsallaşma sürecini gözlemlemektedir. Bu nedenle Kurumsalcılık Teorileri, örgütsel etkileşim ve adaptasyon sonucunda ortaya çıkan ayırt edici formları, süreçleri, stratejileri ve yetkinlikleri izlemektedir. Söz konusu unsurlar, örgütün iç ve dış çevresine verilen yanıtlar olarak anlaşılmalıdır (Selznick, 1996: s. 270).

Selznick 'in modeli ile Weberian anlamda organizasyon yapısı arasında yakınlık kurulabilmektedir. Bürokrasi yaklaşımı, Weber 'den sonra, Robert Merton, Selznick, Peter Blou, Alvin Gouldner gibi yazarlar tarafından ayrıntılı olarak incelenmiş ve daha da geliştirilmiştir. Ancak en göze çarpan yan, Selznick 'de ampirik eğilimler varken, Weber sosyolojik eğilimlidir (Ataman, 2009: 236). Selznick yaklaşımında başka bir önemli özellik de kurumsallaşmış organizasyonların kendilerine özgü özelliklere ve ayırt edici yeterliliklere ya da faaliyetler zincirine sahip olmalarıdır. Yani bu organizasyonların diğer organizasyonlardan ayırt edilebilen ayrı kimlikleri vardır (Selznick, 1966: 271).

Robert Merton ve Philip Selznick 'in çalışmaları kapsamında ana hatları ile ele alınan Eski Kurumsalcılık Teorileri, örgüt analizine 3 temel katkı sağlamaktadır (Kartaltepe, 2010: 89):

- (a) Örgütleri bütüncül olarak incelemesi (bu anlamda örgütsel analizde örnek olay yöntemini geliştirmesi) ve içinde bulunan koşullara bağlı olarak farklı örgüt türlerinin olabileceği düşüncesi oluşturması,
- (b) Örgütlerin sadece bir araç değil, kendi başına bir varlık olabileceği düşüncesi geliştirmesi,
- (c) Örgütsel yapı ve süreçlerin oluşumunda çevresel koşullara uyumun önemini vurgulaması.

### 1.5.3. Meyer ve Rowan'ın Kurumsalcılık Yaklaşımı

Yeni kurumsalcılık olarak adlandırılan teorilerin ortaya çıkışı, J. Meyer' in "*Eğitimin Bir Kurum Olarak Etkileri*" ile J.Meyer ve B. Rowan'ın "*Kurumsallaşmış Örgütler: Bir Mit ve Merasim Olarak Biçimsel Yapı*" 1977 yılında yayınlanan iki makaleleri ile olmuştur. "Kurumsallaşmış Örgütler: Bir Mit ve Merasim Olarak Biçimsel Yapı" başlıklı makaleleriyle ilk kez net olarak "Kurumsalcılık Teorileri"nden bahsedilmiştir. Burada biçimselliği, yapının sembolik aksesuarları olarak algılamışlardır (Ataman, 2009: 237).

Meyer ve Rowan'ın özetle ileri sürdüğü şey, örgütsel alanda bir homojenleşme gerçekleşmektedir, bu süreçte rasyonel mitler olarak varlık bulan kurumlaşmış yapı ve eylemlerin işletmeler tarafından içselleştirilmesi, törensel bir konformizme dönüşmektedir. Kurumsal mantıklar içinde mitler oluştuğunda örgütler bu mitleri benimseyerek, homojenleşmeyi getirmektedir. Örgütler çevresiyle etkileşen, sınırlı aktörler olarak görülmek yerine çevrede yerleşik aktörler olarak görülmektedir. Bu yerleşikliğin örgütsel yapı ve kimlikleri, rutin faaliyetleri belirleyici olabileceği kabul edilmektedir. Bu çevrelerde ortaya çıkan kurumsallaşmış teknik, politika ve programlar herhangi bir örgütün törensel olarak uyduğu güçlü mitler olarak işlev görür. Çünkü bu mitleri içselleştirmek yalnızca meşruiyet sağlamaz aynı zamanda örgütün devamlılığını da sağlar. Ama kurumsallaşmış kurallara uymak genellikle etkinlik kriteri ile çatışır. Meşruiyet ile etkinlik arasında gerilimin, bu çalışmanın odağı olan, rasyonalizmle konformizm arasındaki gerilimle yakından ilişkili olduğunu söylemek mümkündür (Özcan, 2011: 13).

### 1.5.4. DiMaggio, Powell ve Zucker'ın Kurumsalcılık Yaklaşımı

1991 yılında, "Organizasyon Analizi" içerisinde "Yeni Kurumsallaşma" adlı kitabında DiMaggio ve Powell, çevreye uyumun örgütler için önemli sonuçlar doğurduğunu da ifade etmişlerdir. Yeni Kurumsalcılık Teorileri'nin gelişiminde etkili olan çalışmalardan biri de Lynne Zucker tarafından yayımlanan çalışmalardır. Zucker (1977) "The Role of Institutionalization in Cultural Persistence" adlı

makalesinde, kültürel kalıcılığın ve sürekliliğin kurumsallaşma kavramıyla açıklanabileceğini ileri sürmüştür bunun çalışmasının yanı sıra kurumsalcı gelenek içinde bir görüş ayrılığının da temellerini atmıştır. Bu görüş ayrılığı, kurum olarak çevrenin mi yoksa örgütün mü ele alınacağı noktasında ortaya çıkmıştır (Kartalpepe, 2010: 95).

Di Maggio ve Powel ise kurumsallaşma, yinelenen kurum etkinliklerinin nasıl standart bir nitelik kazandığını ya da kurallaştırıldığını araştırmaktadır. Bir kurumda çalışanların selamlama ve hitap biçimleri, ödüllendirme ve ceza yöntemleri, karar alma biçimleri, müşteriler ile iletişim biçimleri gibi eylemler, davranış tarzları kurumsallaşmış olabilir. Benzer şekilde kurum sahibinin personele karşı tutumu, aile bireylerinin birbirleri ile ilişkileri kurumsallaşabilir (Baraz, 2006: 121).

Kurumsallığın Süreç içinde ilerlemesine Kısa bir Bakış

Merton 1945 Selznick 1948	“Fonksiyon Teorisi” “Doğal Sistem Modeli” Sosyal değişim dinamikleri Rasyonel analiz
Meyer ve Rowan 1977	“Kurumsallık” başlığının kabul görmesi
DiMaggio ve Powell 1983	“Yeni Kurumsallık Yaklaşımı” “Çevreye uyumun önemi”
Zucker 1987	“Kurumsallaşmanın Mikro Temelleri” “Çevreye uyumun pozitif etkisi”

### 1.6. Kurumsalcılık ve Stratejik İşletme Yönetimi

İşletme bilim

dalının stratejik işletme yaklaşımlarına göre kurulmuş olan bazı ana ekoller bulunmaktadır. Bunlar kaynak bağımlı ve çevre bağımlı olarak başlıca ikiye ayrılabilir. Çevreye dayalı olanlar arasında kurumsalcılık yaklaşımı ana akım stratejik işletme ekollerini her zaman ışık tutmuştur. Bu araştırmanın amacı da kurumsalcılığın sağlık kurumlarındaki etki ve önemi üzerinedir. Sağlık kurumlarının kurumsalcılık açısından özel bir önemi vardır. O da hastaneleşmedir. Birçok başka sektör için çeşitli kurumsallaşma parametreleri (hareket yolları) söz edilebilirken sağlık kurumlarında mesleki ve kurumsal profesyonelleşmenin önemi yadsınmayacak kadar büyüktür. Bütün bu özellikleri ile sağlık kurumları bir stratejik işletme yaklaşımı olan kurumsallaşma da çok özel bir önem taşımaktadır

Ayrıca sağlık kurumlarında elde edilen kurumsallaşma deneyimleri genel kurumsallaşma deneyimlerinde daha etkili ve önemli olmak üzere stratejik işletme yönetimine yansıtılmıştır. Diğer bir deyişle, sağlık kurumlarındaki kurumsallaşma uygulamaları birçok sektör için öğretici niteliktedir.

Stratejik yönetim yazınında strateji belirleme süreci ile ilgili farklı tanımlamalar ve farklı strateji önerileri bulunmaktadır. Bu stratejilerin sınıflandırılması konusunda da çeşitli fikir ayrılıkları bulunmaktadır. Neoklasik ekonomiye dayanan resmi planlama sistemlerinin öncelikli olduğu stratejik yönetim evriminin ilk zamanlarından kurumsal teoriye dayanan kurumsal öğrenme ve değişimi vurgulayan son zamanlardaki yaklaşımlara kadar değişen çeşitli strateji yaklaşımları bulunmaktadır (Baraldi, Brennan, Harrison, Tunisini, Annalisa; Zolkiewski, (2007: 890).

Stratejik yönetim yazınında güç ve politika kavramları Öğrenme Okulu ile özellikle Quinn ve Lindblom'un araştırmaları ile tartişılmaya başlanmış konular olarak karşımıza çıkmaktadır. (Mintzberg ve Ahlstrand, B.; Lampel J., 1998: 23).

### **1.7. Kurumsalcılık Teorilerine Yöneltilen Eleştiriler**

Kurumsalcılık Teorileri'nin birçok açılarından bazı eleştirilere uğramıştır:

- (a) Kurumsal çevre örgütün dışında kendi içinde farklılaşmayan her örgütü aynı ölçüde etkileyen yeknesak bir çevre olarak değerlendirmek gerçekçi değildir (Zuker, 1987: 445).
- (b) Çıkarların ve güç farklılıklarının rolünün açıklanmadığı (Zuker, 1988 akt. Özen, 2010: 276)
- (c) Yeni Kurumsalcılık Teorileri'nin zaten sentezlenmiş olan bütünleşik bir modeli dejenere etmektedir (Parsons, 1956 akt. Özen, 2010: 281).
- (d) Özetle, birden fazla teoriyi içerdığı için kurumsalcılık teorileri olarak anılmaktadır. Çok fazla fikir ayrılığı olması nedeniyle okul olamamışlardır (Saruhan ve Yıldız, 2009: 182).

Kurumsalcılık Teorilerine yöneltilen eleştiriler aşağıda maddeler halinde ele alınmıştır (Ataman, 2009: 241):

- (a) Stratejik örgütsel davranış ihtimalini azımsaması,
- (b) Örgütsel etkinliğin objektif analizini yapmaması,
- (c) Fikirsel dağınıklık ve bütünlüyci kuramsal bir çatının olmaması,
- (d) Bazı teorilerin deneysel olarak test edilmesinin zor olması,
- (e) Örgütleri rasyonel olmayan şekilde tasvir etmesi
- (f) Dışsal çevre baskılarına karşı koyma olasılığını düşünmemesi,
- (g) Rekabetin gücünü azımsaması,
- (h) Örgütlerdeki güç ve grup çıkarlarına ilişkin örgütsel davranışları ihmal etmesi,
- (i) İddiaların sınırlı geçerliliğe ve uygulanabilirliğe sahip olması.

### **1.8. Kurumsalcılık Teorilerinin Temel Unsurları**

Kurumların bağlı olduğu çevreler ile bağlantılı olarak Kurumsalcılık Teorilerinin temel unsurları aşağıda sayıldığı gibi ele alınabilir:

- (a) İzomorfizm (eşbiçimcilik)
- (b) Örgütsel meşruiyet

#### **1.8.1. İzomorfizm**

İzomorfizm (Eşbiçimlilik) değişik düzeyden iki ya da daha çok yapının oluşturucuları arasında aynı türden ilişkiler bulunması olarak tanımlanabilir (Yıldız, 2007: 45-46). Kurumsalcılık teorileri, aynı kurumsal alanda bulunan örgütlerin, (a) düzenleyici, (b) normatif ve (c) bilişsel mekanizmalar yolu ile zaman içinde birbirlerine benzeceklerini ileri sürmektedir. Bu benzeme durumu ve süreci “izomorfizm” olarak adlandırılmaktadır (DiMaggio ve Powell, 1983:147). Kurumsal izomorfizm, belirli bir zamanda, örgütler arasındaki benzerliktir (Deephouse, 1996:1024). İzomorfizm, kurumsalcılık teorileri ekseninde daha çok çevrenin bir fonksiyonu olarak ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla, izomorfizm, rekabet

yaklaşımlarında mevcut belirsizlikten kurtulma, kurumsallaşma yaklaşımında işletmenin meşruiyet kazanma çabası olarak değerlendirilmektedir (Apaydın, 2007: 42).

Bir kurumsal çevredeki örgütsel yapıların homojenliğini açıklanmasında asıl hareket noktası, kurumsal izomorfizm ile ilgili değişim süreçleridir (Beckert, 1999:778). Hawley'e göre izomorfizm, bir kurumlar topluluğu popülasyonuna dahil olan bir örgüt, aynı çevre koşullarıyla karşı karşıya olan diğer örgütlere benzemeye iten sınırlandırıcı bir süreçtir (DiMaggio ve Powell, 1983:149; Oliver, 1988:543). Stratejik seçimlerdeki benzerlik, örgütler açısından, (a) diğer örgütler ile iletişim kurmayı, (b) mesleki açıdan yetkin kişileri örgüte çekebilmeyi, (c) yasal ve tanınır olmayı ve (d) özel ya da kamusal alanda sözleşmeler yapma, ortaklıklar kurma ve kredi bulma gibi konularda özel bir statüye sahip olmayı kolaylaştırır (DiMaggio ve Powell, 1983:153; Radaelli, 2000: 28).

Örgütlerin faaliyet gösterdikleri çevre ve bu çevredeki dinamiklerin kurumsal nitelikteki baskıları sonucu, örgütler yapı ve süreçlerinde değişiklik yapmaya yönelirler. Örgütlerin çevrelerindeki değişikliklere sürekli uyma zorunluluğu, çevreleri ile bütünleşmelerini ve izomorfik olmalarını gerektirmektedir (Bayer, 2005: 132). DiMaggio ve Powell'a göre (1983: 149), örgütlerde homojenleşme sürecini en iyi biçimde anlatan kavram, izomorfizm kavramıdır. Belli iş yapma usul ve süreçlerinin egemen olduğu örgütsel alanda örgütler yaklaşık olarak aynı çevresel koşullara maruz kaldıkları için birbirine benzemekte ve böylece örgütsel izomorfizm ortaya çıkmaktadır. İzomorfizm, aynı çevresel koşullar içerisinde, örgüt popülasyonundaki bir örgütü diğer birimlere benzemeye iten baskı sürecidir (Oliver, 1988: 543). Kurumsal izomorfizme yönelik olan baskılar, DiMaggio ve Powell (1983) tarafından (a) taklitçi, (b) zorlayıcı ve (c) kuralcı güçler olarak tanımlanmıştır.

Örgütler gelişirken, bir diğerinin stratejilerini, yapılarını ve kültürlerini kopyalayabilecek ve yaşamda kalabilme şanslarını arttırabilmek için belli davranışları kendilerine adapte etmeye çalışabileceklerdir. Bunun sonucunda ise belirli bir



popülasyon içerisinde birbirine benzeyen örgütlerin sayısındaki artış gerçekleşecek, yani örgütsel izomorfizm artışı söz konusu olacaktır (Jones, 2004: 338).

DiMaggio ve Powell'ın (1983: 148) geliştirdiği 'örgütsel alan' önemli bir kavramdır. Bu kavram kapsamında örgütler (doğrudan birbirini etkileyebilenlerden çok, ilgili aktörlerin toplamı biçiminde bir bütün olarak), kurumsal yaşamın kabul edilmiş bir alanını oluştururlar. Kurumsalcılık teorilerindeki bir beklenti, bu alanların, ilgili alan için örgütlenme ilkelerini destekleyen, doğru olarak kabul edilmiş kurallara temel sağlayarak bir örgütsel alanda egemen olan inanç sistemleri ve ilişkili uygulamaları hakkındaki kurumsal düşünce sistemlerine sahip olacaklarıdır (Ashworth, Boyne ve Delbrige, 2005).

### **1.8.1.1. İzomorfizm Türleri**

İzomorfizm kavramı örgütlerin temel benzeşme nedenlerinin örgütsel rasyonellik olmasından kaynaklanmış ancak zamanla bu durum rasyonellik ile açıklanamayacak düzeye gelmiştir (Yoğun Erçen, 2010:4). Yeni kurumsal teorilerin araştırmacılarından olan DiMaggio ve Powell (1983:147-148) örgütlerdeki yapı ve uygulamaların bu kadar şaşırtıcı bir benzerliğe sahip olmalarının nedeninin, aynı örgütsel alandaki örgütleri benzer hale getiren çeşitli nitelikteki rekabetçi ve kurumsal baskıların varlığı ile açıklamışlardır. (DiMaggio ve Powell, 1983:150). Meyer (1983) ve Fennell (1980) iki tip izomorfizm tanımlamışlardır: (a) Rekabetçi ve (b) Kurumsal İzomorfizm.

#### **a) Rekabetçi İzomorfizm**

Mal veya hizmet üretiminin ve değişiminin gerçekleştiği çevreyi anlatan teknik çevreden kaynaklanan baskılar sonucunda rekabetçi izomorfizm ortaya çıkmaktadır. (Kartalpe, 2010: 109).

Örgütler, kurumsal çevrelerine daha fazla benzer duruma gelebilmek için, sosyal açıdan tanımlanmış unsurları ve yasal oldukları kabul edilen uygulamaları hayata geçirmeye çalışırlar (Dacin, 1997: 48). Diğer yandan bir popülasyona dahil olan örgütlerin sayısı, çevresel taşıma kapasitesinin de bir fonksiyonudur (DiMaggio ve Powell, 1983: 149) ve Hawley'e göre örgütsel biçimlerin çeşitliliği, çevresel

çeşitliliğe dönük olarak izomorftir (Hannan ve Freeman, 1977: 939). Hannan ve Freeman (1977) Hawley'in düşüncelerini bu noktadan alarak geliştirmişlerdir. Onlara göre izomorfizm zorunludur. Çünkü piyasaya uygun olmayan formlar örgütsel nüfus tarafından o alanın dışına itilirler veya örgütsel karar alıcılar, çok kısa zamanda koşullara uygun şekilde cevap verebilmeyi öğrenirler ve davranışlarını bu duruma uydururlar.

Hannan ve Freeman'a (1977) göre, genel anlamda rekabetçi koşullardaki izomorfizm; sistemin rasyonel olduğu kabul edilerek pazar rekabet koşulları, pazar değişimleri ve uyum ölçüleri ile sağlanmaktadır. Rekabetçi izomorfizm, Hannan ve Freeman'ın çalışmalarında yer aldığı gibi piyasa rekabetini, niş değişikliklerini ve uyum ölçütlerini öne çıkaran sistem rasyonelliğini savunur ve en çok serbest ve açık rekabetin olduğu alanlarda geçerlidir. Aldrich de örgütlerin dikkate almaları gereken temel unsurun diğer örgütler olduğunu vurgulamaktadır (Mizruchi ve Fein, 1999: 656-657).

Rekabetçi izomorfizm, uygun örgütsel formların popülasyon tarafından seçildiği varsayımına dayanmaktadır (Slack ve Hinings, 1994: 804). Buna göre, izomorfizm, örgütün aynı çevrede rekabet baskılarıyla karşı karşıya kalması sonucu oluşur. Başka bir deyiş ile rekabetçi izomorfizmin, pazar rekabetinin sonucu olduğu söylenebilir (Mizruchi ve Fein, 1999: 656-657).

## **b) Kurumsal İzomorfizm**

Kurumsal izomorfizm, kurumsallaşmış çevrelerde doğru olarak kabul edilen ve yaygın biçimde benimsenen yapıların ve süreçleri uygulayan örgütlerin, kurumsal çevre tarafından ödüllendirilmesidir (Crank, 2003: 186-187).

Kurumsal izomorfizm, örgüt - çevre etkileşimiyle birlikte gerçekleşen ve örgütün belli nitelikteki kurumsal baskılar ile çevresine ve çevresindeki diğer örgütlere benzediği bir süreçtir. Aynı örgütsel alandaki örgütler benzer çevresel baskılarla karşılaşarak, çevrenin bekleyiş ve zorlamalarına paralel olarak benzer yapı ve işleyiş özelliklerini kazanmaktadırlar. Bütün örgütler aynı izomorfizmi göstereceğinden dolayı ortaya kurumsal izomorfizm çıkmaktadır (Koçer, 2005: 362).

Sosyal ortamda tanınma, politik güç ve kurumsal meşruluk da çok önemlidir ve bu avantaj kurumsal izomorfizm ile sağlanabilir. DiMaggio ve Powell'ın (1983: 150) tartışmasının odak noktası olan kurumsal izomorfizm ise, piyasa konumunda olduğu gibi, politik ve kurumsal yasallığa dönük bir örgütsel rekabeti içerir. DiMaggio ve Powell'a göre bu, çağdaş örgütsel yaşama daha çok yayılmayı sağlayan politikaları ve merasimleri anlamada yararlı bir yoldur. Kurumsal çevre, ortaya koyduğu unsurlarla, yalnızca bu koşullara uyan ve bu koşullar ile izomorfik olan örgüt tür ve yapılarını da ortaya koymuş olur (Koçel, 2001: 295). Günümüzde rekabetsel izomorfizmden çok, kurumsal izomorfizm önem kazanmaya başlamıştır (DiMaggio, Powell, 1983: 149-150)

Kurumsal izomorfizm, politik ve kurumsal meşruiyet açısından örgütsel rekabete neden olur (Mizruchi ve Fein, 1999: 657). İzomorfizm rekabet yaklaşımlarında belirsizlikten kurtulma çabası olarak görülmekle birlikte, kurumsallaşma yaklaşımında işletmenin meşruluk kazanma çabası olarak değerlendirilmektedir (Deephouse, 1996: 1024). Meşruluk anlaşılabilirlik ve kabul görme yanında normlara uyma olarak da görülmektedir. Bir işletmenin meşru olup olmadığına sosyal aktörler karar vermektedirler. Meşru işletmelerin eylemleri ve değerleri sosyal aktörlerin değerleri ile örtüşmektedir. Bu benzerliğin işletmelere çeşitli olumlu katkıları bulunmaktadır. Öncelikli olarak belirsizlikten kurtulma temel bir amaç olmasının yanında meşruluk kaygısı da benzerliklere neden olmaktadır. Başarılı işletmeler aynı zamanda meşru olarak da görülmektedir (Selznick, 1996: 273). Bu nedenle bu işletmeler taklit edilerek kurumsallaşmanın da bir amacı olan meşruluk kazanılmaktadır. Örgütler arasında ortaya çıkan kurumsal izomorfizmin nedeni, çevrelerinde doğru olduğu kabul edilen ve yaygın olarak kabul gören yapıları ve süreçleri uygulayan örgütlerin kurumsal çevre tarafından ödüllendirilmesidir (Scott, 2001: 167).

İzomorfizmin olmasında daha önce bahsedilen çevredeki kurumsal baskılar önemli rol oynamaktadır (D'anno, Succi ve Alexander, 2000: 680). Kurumsal izomorfizme ilişkin çalışmalar örgütsel analizde yeni değildir. Örgütlerdeki tampon kurumlar ve sınır bağlantı rolleri örgüt - çevre etkileşimini sağlarlar. Örgütlerdeki tampon kurumların görevi çevresel belirsizlikleri emmektir. Sınır bağlantı rolleri ise,

örgütleri dış çevredeki elemanlara bağlar ve uyarlar, örgüt ile çevre arasındaki bilgi alışverişini sağlayarak planların ve faaliyetlerin koordinasyonuna yardımcı olarak belirsizliği azaltırlar (Can, 1994: 68).

Kurumsal çevreye uyum ve bu çevreyle izomorfik olma, örgüte; diğer örgütlerle iş görme, kariyer odaklı personel seçme, yasal ve saygıdeğer olarak kabul görmeyi ve kamu ve özel alanda sözleşmeler yapma, ortaklıklar kurma, kredi bulma gibi konularda özel bir statüye sahip olmayı kolaylaştırma vb. avantajları sağlar (DiMaggio ve Powell, 1983: 153). Kurumsal çevre ile izomorfik olmak örgütler açısından önemlidir (Meyer ve Rowan, 1977: 348-349):

### **1.8.1.2. İzomorfizm Mekanizmaları**

Yeni kurumsalcılığa temel oluşturan üç temel kurumsal eşbiçimlilik şekli; (a) mesleki uzmanlaşma ile ilgili olan normatif izomorfizm, (b) politik etkilerden ve yasallık sorunundan kaynaklanan zorlayıcı ve (c) belirsizliğe karşı standart davranışların sonucu olarak ortaya çıkan taklitçi eşbiçimlilik (DiMaggio ve Powell, 1983: 150; Bolat ve Seymen, 2006: 223). Eşbiçimlilik (izomorfizm), sözcük anlamı olarak kimya ve jeolojide ‘biçim veya yapı bakımından birbirinin benzeri ya da aynısı olmak’; zoolojide ise ‘organizmada çeşitli soylardan gelen benzerlik’ olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 1988: 470).

#### **a) Zorlayıcı İzomorfizm**

Zorlayıcı İzomorfizm (Coercive Isomorphism, Düzenleyici İzomorfizm), diğer örgütler ve toplum tarafından gösterilen dışsal baskılara örgütün belirli normları kendi bünyesine adapte etmesidir (Jones, 2004: 338). Zorlayıcı izomorfizm, bir örgütün üyelerini etkileyen, bağlı buldukları diğer örgütlerin üyeleri tarafından yapılan ya da içinde bulunulan toplumun kültürel beklentilerinden kaynaklanan biçimsel ya da biçimsel olmayan baskıların sonucudur (DiMaggio ve Powell, 1983: 150).

Zorlayıcı izomorfizm genellikle örgütler arası bağımlılıkların sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bir örgütün, başka bir örgüte olan bağımlılığı arttığında, bağımlı olan örgüt, daha güçlü olan örgüte benzeme eğilimi gösterecektir. Zira burada güçlü

olan örgüt, kendisine bağımlı olan örgüte, kendi yapısı ile uyumlu hale gelmesi konusunda baskı yapacaktır. Örgütler üzerinde zorlayıcı baskılarda bulunan en önemli kurum, devlettir. Kurumsal çevrenin en önemli aktörlerinden birisi olan devlet, örgütler üzerindeki otoritesini, yasal mekanizmalar aracılığı ile kullanmaktadır. Örgütlerin maruz kaldıkları zorlayıcı baskılar, biçimsel olarak yapılandırılmış olan yasal sistemden kaynaklanabileceği gibi, toplumun değer ve inançlarını yansıtan ahlaki sistemden de kaynaklanabilmektedir. Örgütün, içinde faaliyet gösterdiği toplumda meşruiyet kazanarak varlığını sürdürebilmesi için, yapı ve süreçlerini toplumun değer, norm ve beklentilerine uygun şekilde düzenlemesi gerekmektedir (Kartaltepe, 2010: 112)

Zorlayıcı izomorfizm, biçimsel ve biçimsel olmayan baskıların sonucunda oluşan, örgütün bağımlı olduğu diğer örgütler ve toplum üzerindeki kültürel beklentilerle ortaya çıkar (DiMaggio, Powell, 1983:150). Zorlayıcı dışsal baskılara örnek olarak hükümet düzenlemeleri, kanuni yükümlülükler vb. belirtilebilir (Ataman, 2009: 239). Örgütlerin davranışları ve yapılarının görünümü, yasal çevresel etkiler ile biçimlenmiştir. Bu yasal etki bir kontrol aracı olma işlevini de görmektedir. Örgütlerin hesaplarındaki gelişim döngüsü, belirli parasal dönemler, yıllık raporlar, finansal raporlamaların her biri hem yasal hem de kontrol açısından birer örnek oluşturmaktadır (DiMaggio, Powell, 1983:150).

Zorlayıcı izomorfizm, örgütlerde, bağımlı oldukları diğer örgütler ve örgütlerin işlevlerine ilişkin toplumdaki kültürel beklentilere yönelik olarak hem biçimsel hem de biçimsel olmayan baskılar sonucunda ortaya çıkmaktadır (DiMaggio ve Powell, 1983: 150). Bu tür izomorfizm, diğer örgütlerin ve devletin baskısı ile ortaya çıkabileceği gibi; stratejik kaynaklarını dışarıdan temin eden örgütler için kaynak bağımlısı oldukları örgütün yapısına bürünme şeklinde de ortaya çıkabilir (Mizruchi ve Fein, 1999: 657).

Örgütsel alana ilişkin ortak bir yasal çevrenin varlığı, bir örgütün davranış ve yapısına ilişkin unsurlarını etkilemektedir (DiMaggio ve Powell, 1983: 150). Zorlayıcı izomorfizm, bağlı olduğu başka bir grup tarafından bir örgüt üzerine

yapılan hem biçimsel hem de biçimsel olmayan baskılardan ve işletildiği toplumun beklentileri ile ortaya çıkar (Dillard, Rigsby ve Goodman, 2004).

Zorlayıcı güçler, onayladıkları yapıları ya da sistemleri benimsemek için hükümet, düzenleyiciler ya da diğer ajanslar tarafından yapılan dış baskılardır. Bu baskılar, çoğu kez sağlık ve güvenlik düzenlemeleri gibi yasal gereksinimler ile ilişkilendirilir, ama aynı zamanda örgütsel değişikliği zorla yaptıran diğer aktörler ile anlaşmadan doğan zorunluluklardan da çıkabilir. Kurumsalcılık teorilerindeki zorlayıcı güçlerin rolü, örgütsel değişim üzerindeki teknik etkilerden çok, politik etkiye önem verir. Scott (1987: 502), kurumsal bir bakış açısının, otorite ilişkilerine özel vurgu yaptığını örgütlerin, özellikle kamu örgütlerinin meşru baskıya güvenme kabiliyeti örneği ile yorumlamıştır (Ashworth, Boyne ve Delbrige, 2005).

Zorlayıcı izomorfizm, zorlayıcı otoriteden meydana gelen biçimsel ve biçimsel olmayan baskılar ile ilgilidir. Bu zorlayıcı otorite, örgütü diğer örgütler üzerindeki bağımlılığından ve örgütün çalıştığı toplumdaki kültürel beklentilerden gelir (DiMaggio ve Powell, 1983). Örgütler, tamamen doğrudan yaşamayı değiştirmenin sonucu olarak yapısal özelliklerinin bazılarını değiştirebilirler (daha sert işçi sağlığı ve güvenliği kanunları ve tüketici kanunları) ama aynı zamanda toplumsal tercihleri değiştirmeye karşılık daha organik olarak değişebilirler. DiMaggio ve Powell (1983), bu örgütsel ön yapılandırmaların büyük ölçüde törensel olabildiğini ama bunun önemsiz oldukları anlamına gelmediğini ileri sürer.

Örgütler, zorlayıcı kurumsal izomorfizm çerçevesinde varlıklarını sürdürebilmek için, dikkatlerini, kendileri üzerinde etki gücü yüksek olan kurumsal çevre unsurlarına ve dolayısıyla onların temsil ettikleri değerlere yöneltirler (Crank, 2003: 186). Bu tür baskılar, ikna etme biçiminde olabileceği gibi, güç kullanarak ya da bir tür danışıklı dövüşe davet etme şeklinde de olabilir (DiMaggio ve Powell, 1983: 150).

Ayrıca, belirli bir kurumsal çevrede, örgütler arasında zorlayıcı baskılar nedeniyle ortaya çıkan kurumsal izomorfizmin, her zaman örgütlerin etkinliğini ve verimliliğini artıracak da söylenemez. Ortaya çıkacak olan yapı ile örgüt

performansı arasında bir ilişki kurulmadan da kurumsal izomorfizme gidilebilmektedir (Crank, 2003: 186).

Sonuç olarak normatif izomorfizm, belirli bir alandaki örgütlerin, yapı ve süreçlerini, profesyonelleşmeye ilişkin standart ve normlara uygun hale getirmeleri ve bir takım mesleki birliklerin ortaya koydukları gereklilikler doğrultusunda hareket etmeleri sonucunda ortaya çıkmaktadır. Örgütün ve örgüt üyelerinin davranışlarına ilişkin sosyal ve bilişsel temellerin standartlaştırılmasını sağlayan bu tür bir izomorfizm, örgütün kurumsal alanda meşruiyet kazanmasını sağlamaktadır (Kartalpepe, 2010: 115).

### **b) Taklitçi İzomorfizm**

Kurumsal izomorfizme neden olan ikinci bir süreç taklitçi izomorfizm olarak adlandırılır. DiMaggio ve Powell (1983), belirsizliğin taklit için güçlü bir teşvik edici olduğunu ileri sürer.

Taklitçi izomorfizm başka örgütlere benzeme isteğinden doğan izomorfizm modelidir. Belirsizlik, taklitçilik için güçlü bir etkidir. Örgütsel teknolojiler zayıf bir şekilde anlaşıldığında, hedefler belirsizken ya da çevre sembolik belirsizlikleri yaratıyorsa örgütler, diğer örgütleri model olarak alabilir (DiMaggio ve Powell, 1983: 151).

Çevrenin belirsizlik düzeyinin artması örgütlerin daha meşru ve başarılı olarak algılanmak için kendi alanlarındaki benzer örgütleri model almasına neden olmaktadır. Belirli yapısal düzenlemelerin yaygınlığı, uyarlanan yenilik modelinin verimlilik ve etkinliği artırmasından daha çok taklit edilen sürecin genel olarak kabul görmesine bağlıdır (DiMaggio ve Powell, 1983: 152).

Yeniliklerin yayılımına ilişkin sunulan bir başka bakış açısı olan etkili seçime göre, örgütler belli amaçlara sahiptirler ve kendilerini bu amaçlara götürecek yenilikleri rasyonel olarak seçerler. Her ne kadar örgütler bireysel seçim yapsalar da; bu örgütler aynı çevrede faaliyet gösterdiklerinden, amaçları ve onları amaçlarına

götürecek yollar benzerlik göstereceklerdir. Örgütler, benzer yenilikleri tercih edeceklerdir (Eryılmaz, 2004: 31).

Taklitçi İzomorfizm, organizasyonların kabul edilirliliğini artırabilmek için kasten bir başka örgütü taklit etmesidir. Özellikle yeni bir örgüt, çevrenin belirsizliklere karşı başarılı örgütlerin yapı ve geçirdiği süreçleri taklit eder ve hayatta kalabilme şansını artırmak için strateji, yapı, kültür ve teknoloji gibi unsurları bulmaya çalışırlar (Jones, 2004: 338-339). Rekabetin yoğun olması işletmeleri farklılaşmaya ve yenilik yapmaya zorlayacağından izomorfizm böyle durumlarda daha az ve sınırlı konularda olmaktadır (Westphal, Gulati ve Shortell, 1997: 367).

Ürünleri rakiplerine göre dezavantajlı olan (kalite, satış sonrası hizmet vb. konularda) işletmeler yine diğer işletmelerden farklılaşma yoluna gitmektedirler (D'anno, Succi ve Alexander, 2000: 680). Taklitçi izomorfizm, bir örgüt, daha başarılı bir referans örgütü taklit etmeye giriştiğinde, çoğu kez sahip olduğu çevredeki rehberliğin belirsizliği ve eksikliği yüzünden olan bir sürecin yerini alan bir mekanizmadır (Dillard, Rigsby, ve Goodman, 2004: 507).

Örgütsel teknolojiler yeterli ölçüde anlaşılmadığında, hedefler belirsiz olduğunda veya çevre sembolik bir belirsizlik yarattığında, örgütler, teknik kurallar yerine kurumsal kuralları koyarak araştırma maliyetlerini düşürmeye çalışırlar ve diğer örgütlerin davranışlarını taklit ederler (DiMaggio ve Powell, 1983). Belirli yapısal düzenlemelerin pek çok yerde yaygın şekilde bulunması, uyarlanan modellerin, verimliliği ve etkinliği artırdığının anlaşılmasından ziyade, taklit edilen süreçlerin evrensel olarak kabul görmesine bağlanabilir (DiMaggio ve Powell, 1983: 152). Benzer büyüklükteki örgütler, yapı ve strateji açısından benzerdirler; aynı çevresel kaynaklara bağlıdırlar ve benzer yapısal kısıtlılıklardan etkilenirler (Hannan ve Freeman, 1977: 939).

### **c) Normatif İzomorfizm**

Normatif (Kuralcı) izomorfizm, örgütlerin birbirine benzemesi ile bir çevre içerisindeki örgütlerin değerlerinin ve normlarının dolaylı olarak adapte edilmesiyle



ortaya çıkmaktadır. Örgütler normlarını ve değerlerini benzer yollar ile kazanmışlardır (Jones, 2004: 339).

Normatif izomorfizmin profesyonelleşmenin bir sonucu olduğu söylenebilir. Profesyonelleşmenin iki unsuru izomorfizmin temel kaynaklarıdır. (a) Biçimsel eğitimle ve akademisyenler tarafından üretilen bilişsel bir temelde meşrulaşmasıdır. (b) Büyüme ve örgütleri baştanbaşa kat eden ve yeni modellerin hızlıca yayıldığı profesyonel ağların oluşturulmasıdır (DiMaggio ve Powell, 1983: 152). Normatif izomorfizm iki temel süreci içerir. Birincisi, profesyonel üyeler yaklaşık olarak aynı eğitimi aldıkları için birbirine benzerler; ikincisi, profesyonel birlikler düşüncelerini belli bir süreç içerisinde tüm üyelerine yayarlar (Mizruchi ve Fein, 1999: 657).

Profesyonelleşme iki açıdan, izomorfizmin önemli kaynaklarından. Bunlar, biçimsel eğitim ve yasal desteklerle üniversiteli uzmanlar tarafından temel kavramların üretilmesi ve profesyonel yapının gelişmesini ve olgunlaşmasını sağlayan kısa örgüt yapısının sağlanması ve bu yeni modellerin hızlı şekilde yayılmasının gerçekleştirilmesidir (DiMaggio, Powell, 1983: 152).

DiMaggio ve Powell (1983: 148), modern kurumsal biçimlerin temel şekilcileri olarak meslekleri ve ulus-devleti, '20. yüzyılın ikinci yarısının büyük rasyonelleştiricilerini' belirlemiştir (Ashworth, Boyne ve Delbrige, 2005).

Çoğu durumda, mesleki güç, mesleğe özgü faaliyetler kadar devlet tarafından da yaratılmaktadır (DiMaggio ve Powell, 1983: 152). Mesleki uzmanlaşmanın iki boyutu, izomorfizm açısından önemli kaynaklardır: Bunlardan ilki, resmi eğitimin ve yasallığın üniversiteler ve mesleki eğitim kurumları tarafından üretilen bilişsel temele dayandırılmasıdır. Meslek mensubu yöneticiler ile kadroları arasındaki örgütsel normların geliştirilmesinde, üniversiteler ve mesleki eğitim kurumları önemli rol oynarlar. İkinci olarak, mesleki ve ticari kuruluşlar, örgütsel ve mesleki davranışlara ilişkin normatif kuralların ortaya konulmasında ve yaygınlaştırılmasında rol oynayan diğer önemli araçlardır. Bu tür mekanizmalar, geniş bir örgüt yelpazesi içindeki benzer pozisyonlarda çalıştırılabilecek ve karşılıklı olarak birbir değiştirebilecek, geleneksel anlamdaki değişimlerden

etkilenmeyecek ölçüde benzer bir oryantasyona ve eğilime sahip olan bireyler havuzu yaratır (DiMaggio ve Powell, 1983: 152).

#### **d) Diğer İzomorfizm Mekanizmaları**

Sayılan üç izomorfizm mekanizmasının yanı sıra İçsel - Dışsal İzomorfizm (ulusal – uluslararası ayrımı) bulunmaktadır: Çok uluslu işletmeler de iki yönlü izomorfizm baskıları ile (ana örgüt ve girilen ülkedeki örgüt) karşılaşmaktadır. Ana örgüte bağlı şubeler, ana örgüt politikaları ile uyumlu muhasebe uygulamalarını, performans değerlendirmelerini ve bütçe planlarını benimserler. Girilen ülke pazarındaki çevrenin özellikleri de birtakım zorunlu uygulamaları ortaya çıkarmaktadır. Uluslararası pazarlara giriş şekli izomorfizmin türü ve derecesi açısından önemlidir (Davis, Desai ve Francis, 2000: 239-258)

Ayrıca, Glynn ve Abzug (2002) tarafından öne sürülen Sembolik İzomorfizm (kurumsal kimlik noktasında örgütsel adlar gibi) mekanizmaları literatürde yer almıştır. Buna göre (a) Örgütler bazı mitleri, meşruiyet kazanma amacı ile yapı ve uygulamalarına uyarlarlar. (b) Kurumsal örgüt, örgütsel alandaki diğer örgütlerden farklı özelliklere ya da kimliğe sahip olmak ister. (c) Örgütsel alan içerisinde örgütler meşruiyet kazanmak amacı ile sembolik davranışlar sergileyebilirler. (d) Bunlar özellik ile kurumsal kimlik noktasında örgütsel adlandırmalar konularında gerçekleşir.

Bunların yanı sıra Yapısal İkilik (Decoupling), örgütlerde çevresel kurumların normlarına uyma ile elde edilen meşrulaşmanın, bazen maliyetli ve örgüt üyelerinin çıkarlarına uymaması nedeniyle formel uygulamaların dışında biçimsel olmayan prosedürlerin, eylem ve yapıların oluşmasıdır. Kurum yöneticileri politik çıkarlarına aykırı olarak gördükleri uygulamaları formel olarak kabullenmek (kabullenmiş görünmek) ile birlikte, uygulamada farklı davranabilmektedirler (Dillard, Rigsby, ve Goodman, 2004).

#### **1.8.1.3. İzomorfizme Yöneltilen Eleştiriler**

Günümüzde izomorfizme yöneltilen eleştirilerden bazıları aşağıda sayılmıştır (Deephouse, 1996: 1025):

- (a) İzomorfizm ile meşrulaşma, birbirini karşılıklı besleyen iki unsurdur. Biri diğerine dayanmaktadır.
- (b) Ampirik olarak ispatlanması geniş çaplı kabul görmemiştir.
- (c) Bilimsel anlamda temsil yeteneği bulunamamıştır.

İzomorfik süreçler, örgüt içi etkinlik ve verimliliği artıracağına ilişkin bir kanıt oluşturmazlar. Bunların hiçbiri, uyumlu örgütlerin kurumsal düzene aykırı hareket eden örgütlerden daha etkin ve verimli çalıştıklarını da garanti etmez (DiMaggio ve Powell, 1983:153-154).

### **1.8.2. Meşruiyet**

Meşruiyet; toplumsal açıdan akla uygun, açık ve doğal davranışlar olarak gösterilen (a) normatif, (b) düzenleyici ve (c) kültürel/bilişsel unsurlara uyum sağlayarak kurallara ve normlara uygun hareket ederek sağlanabilir (Wicks, 2001: 662). Kurumlar, toplumda, bir anlam, istikrar ve düzen üretmek amacıyla hareket eden, normatif, düzenleyici ve kültürel-bilişsel unsurların oluşturduğu sistemlerdir (Scott, 2003: 879). Dolayısıyla kurumlar, toplumsal yaşama istikrar ve anlam kazandırdıkları gibi, toplumsal davranışları sınırlar ve düzenlerler (Scott, 2001: 48, 51).

Meşruiyet, değerlendirici bakış açısıyla arzu edilirlilik ve normatifliği; bilişsel bakış açısıyla ise, anlaşılabilirlik ve dikkate alınmayı ifade eder (Deephouse, 1996: 1025).

Kurumların normatif unsurları; sosyal yaşama kural koyucu, değerlendirici ve zorlayıcı beklentileri (sosyal normları) kapsar. Normatif unsurlar açısından davranışlar, ahlâkî olarak yönlendirilen ve içselleştirilen sosyal yükümlülüklerin sonucu ortaya çıkar (Scott, 2003: 880). Normatif unsurlara göre, sosyal düzen, yalnız kurallar ve yasalar ile değil, daha geniş sosyal değerlere uyumlu olma yolu ile sağlanabilir (Ruef ve Scott, 1998: 877).

Kurumların düzenleyici unsurları; kural koyma kapasitesini, gözetim düzenlerini ve davranışlarını etkileyen baskıları kapsar. Bu unsurlar çoğunlukla,

kurumsalci iktisatçılar, siyaset bilimciler ve iktisatçı sosyologlar tarafından incelenmektedir. Bu unsurların temel bileşenleri; güç, korku, önlem alma ve kurallar şeklinde sayılabilir. Kural koyucu yapılar; devleti, ticari ve mesleki kuruluşları, dernekleri, örgütleri ve örgüt gruplarını içerir (Scott, 2003: 880). Düzenleyici unsurların önemi üzerinde duran ilk sosyal kuramcılardan biri, Weber'dir. Weber normatif unsurlar (toplumsal normlar) ile düzenleyici unsurlar arasında bir ayrıma gitmiştir. Weber'e göre toplumsal normların uygulanabilmesi için, çeşitli zorlayıcı araçlarla donatılmış (düzenleyici) kişi ya da kişilere ihtiyaç duyulmaktadır (Ruef ve Scott, 1998: 877).

Kurumların kültürel-bilişsel unsurları ise; toplumun sosyal gerçekliğini oluşturan ortak kavramları ve bu kavramlara yüklenen anlamları kapsar. Bu unsurlara göre, sosyal düzeni, (kurallar ya da normatif beklentiler değil fakat) paylaşılan inançlar, kavramlar ve davranışların altında yatan düşünce şekli oluşturur. Kültürel-bilişsel unsurlara ait bu bakış açısı aynı zamanda yeni kurumsalcılığın hareket noktası olup (Scott, 2003: 881), üzerinde düzenleyici ve normatif sistemlerin yapılandırıldığı çerçeveler sunarak sosyal sistemlerin işletilmesinde temel unsurlar olma özelliğindedirler (Ruef ve Scott, 1998: 879). Kurumlar her ne kadar kaçınılmaz olarak normatif zorlamalar ve düzenleyici unsurlar içerseler bile; sosyal yaşama ancak temelde aktörler tarafından dikkate alınması gereken kültürel-bilişsel olgular olarak girerler (Meyer ve Rowan, 1977: 341).

### **Meşruiyetin Örgütsel Uyum Kuramları ile İlgisi**

Örgütler güçlü çevresel kurallara uymak durumunda olduğunda varlıklarını sürdürebilmeleri etkin bir üretim yapmalarından çok çevreye uyum beklentilerini karşılamaya dayanan meşruiyetlerine bağlıdır. Ancak çevreye uyum beklentilerini karşılamada güçlükler vardır çünkü parçalara ayrılmış çevrelerde en iyi koşullarda bile eşgüdüksüz hareket eden çoğulcu, farklı değerlere sahip ve çatışan inançları olan birçok bağımsız grup ya da örgüt ile karşılaşılır (D'Aunno, Sutton ve Price, 1991: 636-637).

Örgütlerin güçlü eylemsizlik kuvvetlerinin kaynakları (a) Örgütün iç politikalarına bağlı olarak örgüt içi (içsel) düzenlemeler ve (b) Örgüt etkinliklerinin

halk nezdindeki meşruiyetine bağlı olarak örgütün çevreye olan etkisi (çevresel) olarak düşünülebilir (Hannan ve Freeman, 1977: 957). Bunlara içsel olanlara geri dönülemeyen (sabit) tesis-donanım-personel maliyetleri, politik koalisyonların dinamiklerini ve normatif standartlara olan yönelimleri eklenebilir. Çevresel olanlara ise sektördeki giriş-ve-çıkış engelleri (bu konudaki yasal ve diğer engeller) ile uğraşım, diğer örgütler ile alış veriş için yapılan ve yazılı kayıtlarda görünmeyen yatırımlar, meşruiyeti tehdit eden radikal yapısal değişim girişimleri, kurumsal desteğin kaybı da eklenebilir (Hannan ve Freeman, 1984: 149).

Örgütsel değişim üzerine çağdaş üç kuramdan söz edilebilir (Hannan ve Freeman, 1984: 150):

- a) İlk kuram Popülasyon Ekolojisi Kuramı örgüt yapılarının yaratım, şekil ve yerini almak bakımından farklı olmalarından kaynaklanır (Hannan ve Freeman, 1977; Freeman and Hannan, 1983; Boisot ve Mckelvey, 2010).
- b) Rasyonel Uyum Kuramı: Sosyal aktör(ler), örgütün amaçlarını, bunlara ulaşmada kullandığı araç ve yöntemleri ve elde ettiği çıktıları, geçerli, mantıklı, doğru ve rasyonel olarak kabul ettiği ve bunu onayladığı ölçüde, örgüt meşruiyet kazanır. Ancak yasallığın kazanılmasına ilişkin farklı yaklaşımlar da bulunabilmektedir (D'Aunno, Sutton ve Price (1991: 637, 642). Örgütlerin dış koşullara (çevreye) göre belirli stratejik ve yapısal tasarım projeleri kapsamında değiştiğini ileri süren Rasyonel Uyum Kuramı içerisinde birçok yaklaşım bulunmakta, bunlardan en dikkat çekici olanı egemen normatif şekil olarak kabul gören (a) Kurumsal Odaklı görüştür (Meyer ve Rowan, 1977; DiMaggio ve Powell, 1983). Diğerleri (b) Teknoloji-çevre uyumu görüşü (*contingency*, temsilcileri: Thompson, 1998), (c) Kaynak temelli görüş (temsilcileri: Pfeffer ve Salancik, 2003) ve (d) Marksist görüşler (temsilcileri: Edwards, 1979; Burawoy, 1991) dir.
- c) Üçüncü kuram Rastgele Dönüşüm Kuramı (March, 1982; Weick, 1976) örgütlerin yapısal değişimlerini içsel süreçlere göre yaptığını iler sürer.

## **1.8. Kurumsallaşma ile ilgili Kavramlar**

### **1.8.1. Kurumsallaşmanın Kuramsal Temelleri**

Kurumsallaşma, bir kurumun kişilerden bağımsız olarak kurallara, standartlara, prosedürlere sahip olması, değişen çevre koşullarını takip eden sistemleri kurması ve gelişmelere uygun olarak örgütsel yapısını oluşturması, kendisine özgü iletişim ve iş yapma yöntemlerini kültür haline getirmesi ve böylece diğer kurumlardan farklı ve ayırt edici bir kimliğe bürünmesi, sosyal ihtiyaç ve baskıların bir sonucu olarak duyarlı ve esnek bir organizma haline gelmesi sürecidir (Selznick 1996: 271; Karpuzoğlu, 2004: 45).

Kurumsallaşma; kurumların faaliyet gösterdikleri çevreleri ile (örgütsel çevre/örgütsel alan) olan uyum sürecini ve bu kurumlarda zaman ile oluşan bir ilerlemeyi vurgulamaktadır (Selznick 1996: 271). Kurumsallaşma sürecinde çevreden kuruma doğru yönelme söz konusudur ve bu yönelme ile kurum-çevre uyumu ön plana çıkmaktadır. Kurumlara değer ve denge kazandıran kurumsallaşma süreci sonunda, kurumlar hayatta kalma ve süreklilik kazanma amacına ulaşmaktadırlar. Buna göre bir kurumun kurumsallaşmış olması, çevresi tarafından kabul edilmiş ve süreklilik kazanmış olması anlamına gelmektedir (Dilbaz, 2005: 64).

Bir başka tanıma göre kurumsallaşma, kurum yapısının belirli ilke ve standartlara göre yeniden yapılandırılması, yönetici ve çalışanların işin ehli kişilerden olması ve kurumun bilgiye dayalı bir anlayış içinde çalışması demektir. Böylece kurumun işleyişine ilişkin bir sistem kurulmuş olmakta, kurum kişilere bağımlı olmak ve onlar ile var olmak yerine, geliştirilen bilgi temelli sistemler yolu ile yaşamını bir insan ömrü ile sınırlı tutmayıp daha uzun yıllar sürdürebilmektedir (Uzunçarşılı, Toprak, ve Ersun, 2000: 12). Bilginin örgütsel yönetimde baz alınması yönetim biliminin evrimleşmesi sonucu olmuştur (Keskin ve Akgün, 2003: 177).

## Kurumsallaşmanın Önündeki Darboğazlar

Kurumsallaşmayı engelleyen unsurlar temel olarak dört grupta incelenmektedir (Özdevecioğlu, 2004: 107-131):

1. Yetersiz Bilgi: Kurumsallaşmanın tam olarak ne anlama geldiğini bilmeyen kurum sahipleri, maliyetinin yüksek olacağını düşünmekte, ülke şartlarında gereksiz olarak görebilmektedir. Diğer taraftan, KOBİ sahiplerinin kurumsallaşma ile anladıkları, aile üyeleri yerine, profesyonel çalışanlar istihdam etmenin zorunluluğudur. Hâlbuki, kastedilen aile üyesi veya dışarıdan alınan çalışanın profesyonelleştirilmesidir.
2. Yönetim-örgüte ait sorunlar: Aile kurumlarının kendilerine has yapılanmaları, istihdam koşulları, görev bölüşüm ve tanımlarında yaşanan belirsizlikler, ast-üst ilişkilerinin, yetki ve sorumlulukların, performans kriterlerinin, işe alım ve çıkarılma koşullarının resmiyet kazanmamış olması, yetkinin merkezileştirilmesi gibi sorunlar, kurumsallaşmanın önündeki engeller olarak kabul edilmektedir.
3. Aile ilişkilerinden kaynaklanan sorunlar: Ailenin kendi iç işleyişi, kültürü, aile üyeleri arasındaki çatışmalar ve akrabaların kayırılmasıdır.
4. Yönetim fonksiyonlarının yerine getirilmesiyle ilgili sorunlar: Sermaye sıkıntıları, planlama ve denetim yetersizliği, personelin eğitim düzeyinin düşük olması yanı sıra modern yönetim, pazarlama ve muhasebe anlayışı yerine geleneksel bakış açısının egemen olmasıdır.

Bir başka çalışmada (Bayer, 2005: 131-140), kurumsallaşamamanın temel nedenleri olarak; vizyon, misyon, amaç ve stratejilerin belirsizliği, gelişme planlarının yokluğu, kurumsal çevrenin etkisinin önemsizlenmesi, katılımcı yönetim kültürünün eksikliği, merkezi yönetim anlayışı, yetki devrinin yapılmaması, yönetici engeli (gelişime açık ve başarılı kişilerin önünü kesme, bilgi ve becerisi olmayan itaatkâr kişileri yetkili hale getirme, diktatörlük kurma gibi) ve kan bağıının profesyonellikten önde tutulması gösterilmektedir. Bu engellere; aile ile kurumun ayrıştırılamaması, patronun kontrolü ve gücü elinde tutma isteği, aile ilişkilerinin

kurumsallaştırılmasındaki zorluklar, profesyonel yönetici istihdamını gereksiz görme, standartların, görev tanımlamalarının ve kuralların zaman kaybı olarak görülmesi ile öğrenilmiş ve alışılmış yöntemlerin, sistemli ve bilimsel yöntemlere tercih edilmesi ("biz babamızdan-ustamızdan böyle gördük" anlayışı) ilave edilebilir.

Öte yandan 'küçük olsun benim olsun' anlayışı büyüme ve profesyonel yönetime geçmenin önünde önemli bir bariyer oluşturmaktadır (Akgemci, Elibol ve Erşahan, 2008: 17). Ayrıca kurumsallaşma değişimi gerektirir. Pek çok kurum sahibi bu değişim ve dönüşüm sürecinin risklerini göze alamadıkları ve bu süreci yönetemedikleri için kurumsallaşmaya soğuk bakmaktadır (Fındıkçı, 2007: 93-111).

Başka bir araştırmacıya göre ise (Çakıcı ve Özer, 2008: 55) kurumların kurumsallaşmasının önündeki darboğazlar şöyle sıralanabilir: (a) Finansal engeller, (b) Yönetimsel engeller, (c) Bilgi eksikliği ve (d) Ölçek sorununu. Önemli yanılgılardan biri de, kurumsallaşmanın sadece orta ve büyük kurumlar için söz konusu olduğunu düşünmeleridir. Oysa, mikro ve küçük ölçekli de olsa, sistemli, düzenli, kuralları olan ve güven oluşturmuş bir yapının gerekliliği tartışılmazdır ve hiçbir maliyeti de yoktur.

Kültürel normların da kurumsallaşmada etkisi olduğu savunulabilir. Türkiye'deki yaygın kültürel yapının, yüksek güç aralığı (büyüğe ve statüsü yüksek olana mutlak saygı anlayışı) dikey toplulukçu ve ataerkil özellikler gösterdiği araştırma bulgularında yer almaktadır. Mesleksizlik, kayırmacılık, çifte standart, katılımcı yönetime ve prosedürlere kapalı olmanın yanı sıra, iş yaşamında evrensel bir tutum yerine, kuralların değişebileceği özsel bir yaklaşım yaygındır (Sümer, 2000: 83).

Gerçekte kurumsal olmayan kurumların, kurumsallığın bazı belirteçlerini bünyelerine katarak görünürde kurumsal oldukları belirtilmektedir (Atila ve Küskü 2006: 193). İşletmenin kurumsallaşma belirteçleri arasında; güçlü bir örgüt kültürü, proaktif liderlik, eğitim ve yetiştirme olanağı, beceri sahibi, verimli çalışan insan kaynakları, örgütün yapısı, istihdam politikaları ve profesyonelleşme ile iş ve süreçlerin standartlaştırılması sayılmaktadır (Akat ve Atılğan, 1992: 21). Kurumların en önemli ve değişkenliği en yüksek kaynaklarından birisi çalışanlardır ve



çalışanların performansı işletmelerin başarısını etkileyen faktörlerin başında gelmektedir (Erdil, Keskin, İmamoğlu ve Erat, 2004: 18).

Kurumsallaşmaya geçiş, davranışsal boyuta sahip olan kurumsallaşma sürecinin tamamlanması ile olacaktır. Bu süreçler üç aşamadan oluşacaktır. Bu süreçlerde, yönetimin fonksiyonları kullanılarak kurumsallaşmaya doğru yol alınacaktır. Birinci süreçte, değişimin ve kurumsallaşmaya geçişin fark edilmesi sürecidir. İkinci süreç, paylaşılan vizyon ve misyonun oluşturulmasından oluşur. Üçüncü süreç ise, değişimin kurumsallaştırılması olarak ifade edilebilir. Bu süreçler de ancak profesyonel ve lider yöneticiler ile aşılabılır; öyle ki, çalışanların değer ve tutumlarını, alışkanlıklarını, davranış biçimlerini değiştirmek ve yeni hareket biçimlerini kazandırmak için onları özendirerek teşvik ve ödüllere de gereksinim duyulur (Eren, 2007: 456). İyi bir kurumsallaşma için başarılı bir kurumsallaşma süreci ve etkin bir kurumsal yönetim gereklidir (Kiracı ve Alkara, 2009: 174).

### **1.8.2. Kurumsallaşma İlkeleri**

Kurumsallaşma İlkeleri (a) formalleşme, (b) profesyonelleşme, (c) kültürel güç ve (d) tutarlılıktır (Apaydın, 2009: 12). Bu ilkeler aşağıda ele alınmıştır.

#### **1.8.2.1. Formalleşme**

Formalleşme; kurumlardaki yapıların, eylemlerin ve ilişkilerin tanımlanması ve çalışanların görev, rol, yetki ve sorumlulukların belirlenerek yazılı duruma getirilmesi olarak tanımlanabilir (Apaydın, 2008: 123). Formalleşme tanım olarak, işlerin nerede, ne zaman, kim tarafından yapılacağına ait tam ve ayrıntılı olarak belirlenmiş olan yöntem ve ilkeleri ifade eder (Koçel, 2001: 128-130).

Kurallara bağlılık, yönetim kurullarında çok dikkate alınmaz ve kurumsal literatüründe genel olarak oldukça az yer alır (Ocasio, 1999: 348). Formalleşme ile ilgili ilk analiz, Weber (1946) tarafından "formal organizasyon" başlığı ile yapılmıştır (Ataman, 2009: 235).

Organizasyon kelimesi Yunancada uzuv (organ) anlamına gelen “orgomon “ kelimesinden gelmektedir. Organizasyon kişilerin çalışmalarını bir araya gelerek belirli amaçlar ulaşmak için oluşturulmuş bir süreçtir. Organizasyon iki ayrı anlamda kullanılmaktadır. Birinci anlamı önceden yapılanmış ilişkiler grubu anlamına gelen yapıdır. İkinci anlamı ise bu yapının oluşturulması sürecini belirtir. Bu yapının ortaya çıkması örgütlemeyi meydana getirir (Muhittin Şimşek, 2004,109)

Çalışanlar formalleşmenin yüksek olduğu organizasyonlarda hedefleri, hedeflere nasıl ulaşılabileceğini daha açıkça belirlenmiş olduğundan, bu durum hedeflere yönelik çalışmalarını artırdığından verimliliği artıracaktır. Bu da takım ruhunu güçlendirecektir. Formalleşme bu açıdan performansa olumlu etkilerde bulunmaktadır.

#### **1.8.2.2. Profesyonelleşme**

Profesyoneller belirli alanlarda uzmandırlar ve bu uzmanlıkları, işletmelerin değişen çevreye uyum sağlamalarına olanak tanımaktadır (Ruekert, Orville ve Kenneth, 1985: 16). Profesyonelleşme, bilgi ve beceri düzeyinin artması, çalışma yaşamına yönelik düzenlemelerin objektif standartlar temelinde oluşturulmaya başlanması ve buna dayanarak lisans, sertifika sisteminin yerleşmesi, hizmet sektörünün genişlemesi, profesyonelleşme sürecini yaratan nedenlerden bazılarıdır (Karasu, 2001: 30).

İşletmenin profesyonelleşmesi yönetimde profesyonellerin istihdam edilmesi, işletme ikliminin profesyonel çalışanların özelliklerini destekleyecek (otonomi, sürekli eğitim vb.) şekilde geliştirilmesi ve işletmenin sektördeki profesyonel ve sektörel kurumlarla ilişki içerisinde bulunması olarak tanımlanabilir (Kostova, 1999: 312).

#### **1.8.2.3. Kültürel Güç**

Kurumsallaşmaya etki eden unsurların en başında örgüt kültürü gelmektedir. Örgüt kültürü, o işletmenin çevrede tanınmasını, değerlerini, toplumsal standartlarını,

çevredeki diğer işletme ve bireylerle ilişki biçimlerini ve düzeylerini yansıtır. Bu fonksiyonu ile kültür, işletmeyi topluma bağlayan, onun toplum içinde yerini, önemini ve hatta başarısını belirleyen en önemli araçlardan biridir. Ancak, her örgüt kültürü, içinde yaşadığı toplumsal kültür ile ilişkide bulunduğu diğer örgütsel kültürlerin etkilerini taşımakta ve örgüt kültürü oluşumunda bu kültürlerin de etkisi olmaktadır. Kültür çevreye ters düşemez, aksi halde örgüt yaşamı tehlikeye girebilir. Ayrıca çevrenin norm ve değerlerine uygun olduğu takdirde yeni bir kültür çevreye önemli etkilerde bulunabilir, katkılar yapabilir (Eren, 2007: 120).

Kurumsallaşma aşamasını başarı ile tamamlamış olan işletmelere bakıldığında, bu işletmelerin güçlü bir örgüt kültürüne sahip oldukları gözlemlenebilir. Kurumsallaşmada amaç, işletme yöneticisinin sahip olduğu özelliklerin yardımı ile rekabet ortamında ayakta kalabilmektir. Örgüt kültürü ise, işletmelerin rekabet avantajlarından birisini oluşturmaktadır (Taş, 2002: 13). Kültürel güç; kurum kültürünün kabullenilmesinin düzeyi ve kurumda yaygın olarak paylaşılması olarak tanımlanabilir. Kültür kavramının öğelerini oluşturan normlar, etik kurallar, değer ve ilkelerin, kurum çalışanlarınca kabullenilme düzeyi yükseldikçe ve bütün üyelere paylaşıldıkça, kurum güçlü bir kültüre sahip olabilmektedir (Apaydın, 2008: 124).

#### **1.8.2.4. Tutarlılık**

Tutarlılık kavramı bağdaşıklık kavramı ile yakın bir kavramdır. Tutarlılık, biçimsel ve anlamsal bütünlüğünü sağlayıcı özelliktir (Yalvaç, 2010: 22). İşletme yönetiminde tutarlılık ile ölçülülük de yakın ilişkilidir ve denetim işlevini gerektirebilir (Yargıtay, 2012: 429). Tutarlılık ile ilişkilerde güvenilirlik arasında da bağ bulunduğu yönünde araştırmalar bulunmaktadır (Tschannen-Moran ve Hoy, 2000: 552-555).

Tutarlılık içsel ve dışsal tutarlılık olarak iki yönden ele alınabilir: (a) İçsel tutarlılık kurum etkinlikleri ile kurum hedeflerinin uyumlu olması ve benzer koşullarda kurumun benzer tepkiler göstermesi olarak değerlendirilebilir. (b) Dışsal tutarlılık ise kurumun verdiği sözü tutması ve benzer sektörde benzer kurumlar ile

etkinliklerinin benzer olması biçiminde olarak değerlendirilebilir. Tutarlılık güçlü bir kültürün temellerini oluşturan değer ve sistemler olarak da tanımlanabilmektedir (Apaydın, 2008: 126).

## 2. PERFORMANS İLE İLGİLİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Performans kavramı belirli bir amacın, görevin veya fonksiyonun yürütülmesiyle ya da gerçekleştirilmesi ile ilişkilidir. (Akal, 1992: 1). Her ekonomik birim amaçlarını gerçekleştirmek için dış çevresinden temin ettiği kaynakları (girdileri) belirli bir üretim teknolojisinden yararlanarak mal ve hizmetler biçiminde çıktılara dönüştürür. İşletmelerin belirli bir zaman dilimindeki performansının değerlendirilmesi, kullandığı girdileri çıktılara dönüştürürken ne kadar rasyonel davrandığının incelenmesidir (Tetik, 2003: 222; Yürüşen, 2011: 1). Bir sistemin performansı, belirli bir zaman sonucundaki çıktısı ya da çalışma sonucudur. Bu sonuç, işletme amaçlarının ya da görevinin yerine getirilme derecesidir. Bu anlamda işletme performansı, işletme amaçlarının gerçekleştirilmesi için gösterilen tüm çabaların değerlendirilmesi olarak tanımlanabilmektedir. (Zerenler, 2005: 1)

Sözlük anlamı olarak performans, başarıyı ve istenen sonucun elde edilmesini sağlayan güç ve yetenek olarak tanımlanmaktadır (Dictionnaire, 1993: 1905). Yine aynı biçimde, performans; yapma, yerine getirme, uygulama, bir görevi başarabilme gücü olan performans, bir amacın gerçekleştirilme derecesidir (Bayyurt 2007: 578).

Temel yetenek çeşitleri (Karakılıç, 2008: 20-25):

1. Teknolojik Yetenek
2. Ar-Ge Yeteneği
3. Yenilik Yeteneği
4. Yönetim Yeteneği
5. Finans Yeteneği
6. Satış-Pazarlama Yeteneği
7. Yeni Ürün Geliştirme Yeteneği

Performans kavramı, örgüt bazında incelendiğinde “örgütün önceden belirlenmiş olan amaçlarına, kaynaklarını en etkili şekilde kullanarak ulaşabilme kabiliyetini” ifade etmektedir (Daft, 1997: ). Bir işletmenin performansı, belirli bir zaman dilimi sonunda elde edilen çıktılar ve işletme amaçlarının gerçekleştirilmesi

için gösterilen çabaların değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Şimşek ve Nursoy, 2002: 43).

Kurum performansı, belirli bir dönem sonunda (belirli bir zaman diliminde) elde edilen çıktı/sonuca göre işletme amacının ya da görevinin yerine getirilme derecesinin tanımıdır (Öztek, 2005: 19; Turunç, 2006: 131). Kurum düzeyinde performans ise, kurumu oluşturan tüm bileşenlerin, makineler, çalışanlar, yönetim ve çevre etkileşimi ile elde edilen toplam sonuçtur (Çakmak ve Ocaklı, 2006: 214).

## **2.1. Performansın Objektif ve Subjektif Ölçümü**

Performans genel anlamda amaçlanmış ve planlanmış bir etkinlik sonucunda elde edileni nicel ya da nitel olarak belirleyen bir kavramdır (Akal, 1992: 1). Performans, bir başka tanıma göre, amaçlı ve planlanmış bir etkinlik sonucunda elde edileni, nicel ve nitel olarak belirleyen bir kavramdır (Şimşek ve Nursoy, 2002: 43). Performans kavramı bir işin, iş ile ilgili süreçlerin ve işi yapan kişilerin amaçlar, sonuçlar ve kullanılan kaynaklar ile ilgili nicel ve nitel açıdan ulaştığı sonuçlar olarak da tanımlanabilir (Daft, 1997: ). Performans, bir işi yapan bireyin, bir grubun, bir bölümün ya da bir kurumun ulaşılması istenen hedefe yönelik elde ettiği sonuçların nicel ve nitel ifadesidir (Tunç, 2006: 19).

Kurum performansı ölçülmesi konusunda iki temel yaklaşımın kullanıldığı görülmektedir: (a) kurum performansını rakiplerin performansları ile karşılaştıran subjektif ölçekler ve (b) kesin ölçütleri esas alan objektif ölçekler. Bu konuda yapılan çalışmalar, objektif ve subjektif ölçekler arasında güçlü bir ilişkinin var olduğunu göstermektedir (Akman, 2003: 58; Akman, Özkan ve Eriş, 2008: 94).

Kurum performansının ölçümü işletmelere rekabet avantajı yaratmada hayati öneme sahiptir. Çünkü, ölçülemeyen kontrol edilemez ve kontrol edilemeyen de yönetilemez. İşletme performansı objektif ve subjektif olarak ölçülebilir. Objektif değerler, mutlak performans değerleri yani nicel veriler yoluyla, subjektif değerler ise rakiplere veya şirket beklentilerine göre performans hakkındaki algısal düşünceler

(nitel) sorularak ölçülmektedir (Yıldız, 2011: 12; Küçükkancabaş, Akyol ve Ataman, 2006: 134). Geleneksel performans ölçütlerinin (objektif finansal kriterlerin) örgüt performansının yalnızca bir bölümünü ölçtüğü görülmektedir (Chakravarthy, 1986: 36; Dinçer ve Tatoğlu, 2003: 195). Bu nedenle günümüz ekonomisinde kurumlar yalnızca finansal olarak değil, başka diğer faktörlerle de (sübjektif kriterler) değerlendirilmektedir (Erkuş, 2006: 189).

Bir araştırmada niteliksel ve niceliksel performansı ölçmek için kurum yöneticilerinin sektördeki diğer kurumlar ile kıyaslandığında çeşitli performans kriterleri bağlamında şirketlerini ne ölçüde başarılı gördükleri sorularak sübjektif bir ölçme yöntemi kullanılmıştır (Alpkan, Ergün, Bulut ve Yılmaz, 2005: 179).

İşletme Performansı Ölçümünde Sübjektif ve Objektif Kriterler

Sübjektif Kriterler	Objektif Kriterler
1. Karlılık ve Karlılık Artışı	1. Aktif Karlılığı
2. Satışlar ve Satışlardaki Artış	2. Tobin Q Oranı
3. Piyasa Payı ve Artışı	3. Öz sermaye Karlılığı
4. Yeni Ürün Çıkarma Başarısı	4. PD / DD Oranı
5. Genel İşletme Performansı	5. Hisse Başına Kazanç Oranı
6. Aktif Karlılığı ve Artışı	6. Piyasa Değeri
7. Satış Karlılığı	7. Yatırımın Geri Dönüş Oranı
8. Müşteri Memnuniyeti	8. Satışlar ve Artışı
9. İtibar ve İmaj	9. Diğer (Otel doluluk oranı, tahliye edilen hasta sayısı, çalışan başına satışlar vb.)
10. Rekabet Üstünlüğü	
11. Diğerleri (sektör liderliği, çalışan memnuniyeti, kaliteli ürün sunma, yatırımın geri dönüş oranı, patent sayısının fazla olması vb.)	

**Kaynak:** Yıldız, Sebahattin (2010). **Entelektüel Sermayenin İşletme Performansına Etkisi: Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi SBS, İstanbul, s. 212-222.

## 2.2. Performans Belirleme Alanları

Performans kavramı çok boyutlu bir yapıya sahip olup, genel kabul gören bir sınıflandırmaya göre yedi boyut içermektedir (performans değerlendirme sistemi). Bu boyutlar (a) etkinlik, (b) kalite, (c) verimlilik, (d) yenilik, (e) verim ve girdilerden faydalanma, (f) çalışma yaşamının kalitesi, (g) kârlılık ve bütçeye uygunluktur (Bayyurt, 2007: 582; Coşkun, 2005: 22-27; Kazançoğlu, 2008: 68; Pehlivanoglu, 2007: 15; Onay ve Kara, 2009: 598).

Stratejik performans belirleyicileri aşağıdaki gibi belirtilmektedir (Karakılıç, 2008: 88-93):

1. Verimlilik
2. Etkililik
3. Etkenlik
4. Mükemmellik
5. Kalite
6. Müşteri memnuniyeti
7. Çalışan memnuniyeti
8. Kârlılık
9. Yenilik
10. Rekabet gücü

Performans ölçümünün yöneticilerin daha iyi kararlar vermelerine ve kaynak tahsisinde etkinliği sağlamaya yardımcı olduğu konusunda araştırmacılar arasında bir uzlaşma mevcuttur (Osborne ve Gaebler, 1992: 63).

İyi düzenlenmiş bir performans ölçüm sisteminin organizasyona sağlayacağı yararlar aşağıdaki şekilde sayılabilir (Mc Namara, 2005: 4):

- a) Yöneticilere, performansı izleme, sonuçlar üzerine odaklanma, örgütsel faaliyetleri ve süreçleri yönetme, olası sorunları zamanında belirleme ve çözme konularında yardımcı olma,



- b) Kurumun var olan durumunun belirlenerek performansının benzer kurumlar ile karşılaştırılmasına olanak verme,
- c) Gerek finansal gerekse beşeri kaynakların etkin bir şekilde tahsis edilmesine aracılık etmesi ve kaynakların ne derece etkili olarak kullanıldığını gösterme,
- d) Kurumsal amaçlara ulaşılması için kritik başarı faktörlerinin ne olduğu konusunda çalışanları bilgilendirerek, çalışanların davranışlarının bu alanlara yönlendirilmesine yardımcı olma,
- e) Kurumun faaliyetlerine ilişkin olarak etkili bir tanımlama yapılmasını sağlama,
- f) Kurumun bir bütün olarak değerlendirilmesine olanak sağlama,
- g) Faaliyet sonuçları ile ilgili olarak geri bildirim sağlama,

### 2.3. Kurumsallaşmanın Performansa Etkisi

Yapı ile performans

arasındaki uyum sürekli olarak işletme bilimcileri meşgul etmiştir. Bu konuda çeşitli araştırmalar yapılmış, modeller geliştirilmiştir. Konunun çeşitli yönleri ile ele alındığı gözlenmiştir.

Performans için en uygun yapı tartışması “Uyum Kuram”larından (*fit theory*) birisinin de seçimini gerektirebilir (Gerdin ve Greve, 2004: 304-305): (a) Kartezyen (*Cartesian*) yaklaşım: Yapı ve performans boyutları arasında teker teker (yapı ve performans çifti biçiminde) uyumu inceler, (b) Düzenleme (*Configuration*) yaklaşımı: Yapı ve performans değişkenleri arasında bütünleşik incelemelerin yapıldığı yaklaşım. Kartezyen yaklaşımı da başlıca iki olgu çevresinde incelenebilir (Gerdin ve Greve, 2004: 304; Umanath 2003: 552): (a) Benzerlik, ahenk yaklaşımı (*Congruence*), kriter bağımsız bir yaklaşım ve (b) Durumsallık yaklaşımı (*Contingency*) belirli kriterlere göre bir yaklaşım.

Yeni liberaller arasında bulunan ve bu kapsamda mevcut ana akım işletme kuramları içinde yer alan araştırmacılar zaman içinde kurumsallığın performansa olan katkılarını göz ardı eder olmuşlardır. Onlara göre, rekabet ortamı içinde piyasa denilen bir olgu vardır ve bu piyasanın da en geçerli ilkesi rekabettir. Böylece onlar, özellikle izomorfizme yaptıkları eleştirilerden hareket ile kurumsallaşma ile

performans arasındaki ilişkiyi kaybetmişler ve giderek de o ilişkiyi yadsır ve yok kabul eder duruma gelmişlerdir (Donaldson, 2006: 28-29).

Hiç kuşkusuz kurumsallaşma, her türlü stratejik işletme yönetimi doktrininin altında yatan yol göstericidir ve türlü stratejik işletme yönetimi yaklaşımları uygulanıyor olsa bile, onun performans ile arasındaki ilişki her zaman geçerlidir. Kurumsallığın yanı sıra, çevresel stratejik işletme yönetimleri yaklaşımlarının hepsi için de bu durum geçerlidir. Çalışmanın amacına koşut ve kapsamı içindeki yurtdışı ve yurtiçi çalışmalar aşağıda ele alınmıştır.

Reimann (1974) Çalışmasında kurumsallaşmanın iki önemli boyutu olan formalleşme ve profesyonelleşmenin birbirini desteklediği durumlarda kurum performansının arttığını bulmuştur (704).

Formalleşme (kurumsallaşma boyutlarından birisi) ile verimlilik arasındaki ilişki birçok araştırmacı tarafından ele alınmış olsa da çok az sayıda araştırma modeli formalleşme gibi yapısal özelliklerin çalışanlar üzerinden kurum performansını nasıl etkilediği üzerine kurulmuştur (Oldham ve Hackman, 1981: 66).

Jakipii (2006) nın çalışmasında bir kurumdaki iç denetim çalışmalarına kurumsalcılık kuramı ışık tutmaktadır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, kurumlar çevre baskılarına, çevresel güdümlü iç denetim uygulamaları ile cevap vermektedirler. Kurumsallaşmanın formalleşmeye dayalı iç denetim araçları arasında iş tanımları, iç ve dış çevreler ile birlikte performans izleme sayılabilir (Jakipii, 2006: 23-30). Bu arada iyi bir kurum performansı için kurum iklimi kurum yapısı ile uyum içinde olmalıdır; kurum çevresi dengeli ve kararlı ise rutin teknoloji kurum performansını yükseltebilir (Jakipii, 2006: 38-41).

Apaydın (2007) çalışmasında kurumsallaşmanın boyutları ile kurum performansı arasındaki ilişkiyi de incelemiştir. Bu çalışmada, yurtdışında yapılan benzer çalışmalara göre birçok kurumsallaşma boyutu ile kurum performansı arasında güçsüz ilişkiler belirlenmiştir. Apaydın (2007: 227-229) bu düşük ilişki düzeyi için neden olarak kısa vadeli performans değerlendirmeyi göstermektedir.

Şen (2013: 175) çalışmasında kurumsallaşma ile kurum performansı arasındaki ilişkiyi Apaydın (2007) çalışmasından biraz daha yüksek düzeyli ilişkiler bulmuştur. Böyle bir yüksek ilişki düzeyini boyutlar düzeyinde bulamamıştır. Şen, daha yüksek bir ilişkiyi belirleyebilmek için örnekleme genişletilmesini önermiştir.

### 3. SAĞLIK, HİZMETLERİ VE KURUMLARI

Günümüzde sağlık politikaları, temel insan haklarından biri olarak şekillenmiş ve devlet tarafından herkese eşit olarak ulaştırılması kabul edilmiş bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak bu hakkın vatandaş tarafından ne ölçüde kullanılabilirdiği ve devletin sağlık hizmetlerini ne ölçüde karşılayabildiği tartışılan konuların başında gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde etkinliğin ve verimliliğin artırılması hedefi gözetilerek, uzun yıllar reform adı altında birçok düzenleme yapılmış ya da yapılmak istenmektedir. Çıkarılan, kaldırılan, yarım kalan ya da güncellenmeyen kanunlar nedeniyle sağlık mevzuatı adeta yap-boz tahtasına dönmüş, karmaşık ve dağınık bir hal almıştır.

Dünya ekonomisindeki dalgalanmalara bağlı olarak ortaya çıkan krizler, teknolojideki hızlı dönüşüm, değişen ve çeşitlenen ihtiyaçlar, sosyal ve siyasal yapıların da dönüşümünü tetiklemiş bu etki sağlık politikalarının da sürekli devingen bir yapıya dönmesini ortaya çıkarmıştır. Özellikle, neo-liberal politikaların etkisiyle yaşanan ekonomik krizlerden çıkabilmenin yolunun kamu harcamalarının kısılmasında görülmesi, eğitim, sosyal güvenlik, sağlık gibi kamusal alanlarda yeniden yapılanma, diğer adıyla reform çalışmalarını doğurmuştur. Kamu harcamalarının kısılması, devletin sosyal alanlardaki faaliyet alanının daraltılması, dolayısıyla sosyal yanının zayıflatılarak küçültülmesi şeklinde yorumlandığı gibi; özel sektör için geliştirilmiş olan kalite, performans, müşteri odaklılık kriterlerinin kamu kesiminde de benimsenerek kamusal alanların özel kesime açılması, böylece devletin yükünün hafifletilmesi, onun bürokrasiden ve hantallıktan kurtarılması biçiminde de yorumlanmaktadır.

Bu çerçevede ülkemiz incelendiğinde gerek İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki sosyal devlet akımı, gerekse küreselleşmenin beraberinde getirdiği neo-liberalizm akımı Türkiye'yi de etkisi altına almıştır. Başka alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da söz konusu akımların birer yansıması olan yasal düzenlemeler yapılmıştır. Sağlık alanına 1960'lara damgasını vuran düzenleme 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun olurken, 1980'lerin ilk yıllarına damgasını vuran düzenleme de 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

olmuştur. Devam eden süreçte neo-liberalizm etkisini bu dönemden itibaren sürdürmeye devam ettirmiştir. Yeni süreç için, “yeni dünya düzeni”, “küreselleşme” gibi adlandırmalar ve kavramlaştırmalar yapılmış; ekonomik, siyasal ve sosyal dönüşümler bu adlar altında değerlendirilmeye başlanmıştır. Sağlık çalışanlarının istihdam koşulları, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu konuları da adı geçen kavramlaştırmalar altında ele alınmaya başlanmıştır. Yapılan birçok çalışmada veya araştırmada da, küreselleşme sürecinde devlet-piyasa ilişkisi çerçevesinde sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık çalışanlarının istihdam biçimleri konusunda mevcut politikaları ve uygulamaları destekler ya da eleştirir yönde çeşitli görüşler ve iddialar ortaya konduğu görülmektedir.

Bu çalışmada, küreselleşme sürecinde yaşanan dönüşümün Türkiye'deki sağlık politikalarına yansımaları ve kamusal sağlık hizmetlerine etkisinin çözümlenmesi amaçlanmaktadır. Türkiye'de, “sağlık reformu” adıyla sağlık politikalarında yaşanan değişimin, kamu sağlık hizmetlerini ne ölçüde etkilediği tartışılmaktadır. Verimlilik, etkinlik ve maliyetlerin en aza indirilmesini amaçlayan sağlık reformu çalışmalarında, sağlığın temel bir insan hakkı olması nedeniyle kamusal bir hizmet olduğu gerçeği, eşitlik ve adalet ilkeleri dikkate alınmamaktadır. Çalışmanın tezi, temel bir insan hakkı olan sağlık hizmetlerinin eşitlik ve adalet ilkelerine bağlı olarak sunulması ve kamusal olmasıdır. Sağlık reformu paketi ise, maliyetleri en aza indirebilse bile ki bu konu da çok tartışmalıdır, toplumun bütününe hizmet sunulabilmesi açısından yeterli olamayacaktır.

Bu çalışmanın konusu olan, hastanelerde, yönetimlerin profesyonelleşmesini sağlayan, birçok nedeni saymak mümkündür. Bunlardan başlıcaları, sağlık alanındaki gelişmeler, uzmanlaşma, yasal düzenlemeler, hastanelerin karmaşık yapıları, yönetimlerinin apayrı bilgi ve tecrübe gerektirmesi, sağlık hizmeti alıcılarının bilinçlenmesi, değişen hasta-doktor ilişkilerinin düzeyi, artan maliyet baskıları, rekabet artışı, değişimi yönetmek, yönetimde eski anlayışların terk edilmesidir. 21. yüzyılda hastaneler, yüksek miktarda kaynak ihtiyacı duyulan kurumlar olarak karşımıza çıkmakta, artan harcamalar ve maliyetlerin kontrolünün zorlaşması ile özel hastane yatırımlarının durma noktasına gelmelerine uğramalarına yol açmaktadır. Tüm bu olumsuzlukları

ortadan kaldırabilmek için maliyetlerin düşürülmesi, kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması, sağlık hizmetlerinin kaliteli bir biçimde sunumu, hastanelerin sürekliliğinin sağlanması gibi pek çok neden, profesyonel yönetim ve yönetici bilincini ortaya çıkarmıştır.

Günümüz hastane yönetim anlayışında, özellikle patron-yönetici kavramları birbirinden ciddi şekilde ayrılmaya başlamış, kurucu ya da patronun, yönetsel alanda yetersiz kalması, denetim alanının büyümesi gibi nedenlerle, hastanelerin yönetimlerinin profesyonel yöneticilerden oluşması ihtiyacını daha da ortaya çıkarmıştır. Hastaneler büyüdükçe, özellikle aile işletmesi şeklinde kurulan özel hastanelerde, ikinci kuşağın hastanenin yönetimine geçmeye başlamasıyla beraber, kurucu ve yönetim arasında mesafe giderek açılan bir seyir göstermiştir. Kısaca ifade edecek olursak hastanelerin yönetiminde geleneksel birikim yetersiz kalmış, bilimsel bilgiye dayalı tecrübe ve bilgi önem kazanmıştır.

### **3.1. Sağlık Kavramının Gelişmesi**

Sağlıklı olma ve sağlıklı bir çevrede yaşama hakkı, temel insan haklarının başında gelmektedir. Bu temel hakkın, insanlık tarihi kadar eski bir geçmişi bulunmaktadır. Gılgamış Destanı'na göre MÖ 3000 yıllarının ilk yarısında Mezopotamya'daki Uruk kentinde hüküm süren Kral Gılgamış'ın ölümsüzlük isteği ile yaşananlar sağlık konusuna insanlık tarihince verilen önemi göstermektedir (Özcebe, 2011: 5). Hammurabi Kanunları, bu konuda en iyi bilinen örnektir. MÖ 2000 yılında yaşayan Babil Kralı Hammurabi, kendi adıyla anılan kanunlarda, doktorların sorumluluklarını ve alacağı ödülleri belirlemiştir (Kavuncubaşı, 2000: 18).

Hipokratçı yaklaşıma göre ise; sağlık ve iyilik hali, insanın çevresindeki ısı, rüzgâr, toprak ve yiyecekler ile kendisine ait olan yeme içme alışkanlıkları, cinsel yaşam, çalışma ortamı gibi bir dizi özel koşullar arasındaki dengeden oluşmaktadır (Mutlu, 2002: 16). Sağlık kavramının farklı tanımları yapılabilirken çevre, yaşam tarzı, kalıtım ve sağlık hizmetleri gibi faktörler sağlık durumunu etkileyen en önemli temel faktörlerdir. Ancak bu temel faktörler de nüfus, kültürel sistemler,

doğa ve doğal kaynaklar, ekonomik ve politik sistem gibi toplumsal sistemlerin etkisi altındadır (Kavuncubaşı, 2000: 18).

Sağlığı kavramının aşamalı gelişmesi (Eren ve Öztekin, 2006: 28-39; Özcebe, 2011: 6-7):

1. Bulgusal (Semptomatik) Dönem: Tüm hastalıkların bulgulardan oluştuğu dönem. Neden - Sonuç ilişkisi bilinmiyor. 19. YY a kadar sürmüştür.
2. Laboratuvar Dönemi: 'Hasta yok hastalık var' bakış açısının geçerli olduğu dönem. 19. YY sonlarına kadar sürmüştür.
3. Klinik Dönem: Mikroorganizmalar farklı bireylerde farklı tablolar ile seyretmesinin fark edilmesi ve yaşam umudunun öneminin vurgulandığı dönem. 'Hastalık yok hasta var' bakış açısının geliştiği dönem 1950'li yıllara kadar sürmüştür.
4. Halk Sağlığı Dönemi: 1948 DSÖ'nün kuruluşu ile yaşanan ortam, topluluk ve aile öneminin öne çıktığı, sağlığın sosyal belirleyicilerine vurgu yapıldığı dönem. 1950'lerden sonrası geçerli olmuştur.
5. Yeni Halk Sağlığı Dönemi: Toplumsal iyilik bakış açısının geçerli olduğu dönem.

Sağlık tanımı hemen her yerde "hasta olmama" anlamında hastalık kavramı ile bağlantılı, yani negatif bir mesaj verecek şekilde yapılmaktadır. Ancak kişiler bazen hasta olduklarının farkında bile olmayabilirler. Kişilerin hangi koşullarda sağlıklı, hangi koşullarda hasta kabul edilebileceği, sağlığın nesnel ve öznel ayrımıyla mümkündür. Öznel sağlık kavramı kişinin kendini fiziki, zihinsel ve sosyal açıdan nasıl hissettiği ve bunu algılama şekli olarak tanımlanabilir. Nesnel sağlık ise; doktor muayenesi ve yapılan test sonuçlarına göre belirlenen bir hastalığın olmayışı hali olarak tanımlanmaktadır (Mutlu, 2002: 16). Bu durumda bireye sağlıklı diyebilmek için hem bireyin kendini öznel olarak sağlıklı algılaması hem de nesnel olarak gerçekten sağlıklı olması halidir (Biro, 2000: 15).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün tanımına göre, "Sağlık, ruhsal, bedensel ve sosyal bakımdan iyi durumda olma halidir. Kişi ve toplumun sağlığı, çevresel,

davranışsal ve tıbbi olmak üzere üç ana unsurla ilişkilendirilmektedir. Sağlığın korunup geliştirilmesi ekonomik, sosyal, biyolojik ve fiziksel çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, toplum üyelerinin davranış ve hayat tarzında gerekli değişikliklerin yapılması ve son olarak gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilmektedir (Yıldırım, 1994: 10).

### **3.2. Sağlık Sistemine Genel Bir Bakış**

Dünyada refahın artmasıyla birlikte toplumların sağlık hizmet üretim ve tüketimi için yapmakta oldukları harcamalar da oldukça artmaktadır. Günümüzde bir taraftan daha iyi beslenme şartlarına kavuşulurken, çocuk ölüm oranları azalmakta, insanların hayatta kalma süreleri uzatılırken, çalışma şartları iyileştirilmekte, diğer taraftan daha sağlıklı, daha uzun, daha anlamlı bir hayat için daha fazla kaynak ayrılmaya devam edilmektedir (Yıldırım, 1994: 1).

İnsan yaşamı gibi, parayla ölçülemeyecek bir başka değer söz konusu değildir. Ne var ki buradaki temel sorunun “insan hayatının kurtarılmaya değer olup olmadığı” değil, “hangi yöntemle en fazla hayatın kurtarılabileceği” veya “kaynakların hangi alanlara ayrılmasıyla daha fazla sağlıklı yaşam sağlanabileceği” olduğu dikkate alınır, sağlık hizmetlerine ekonomik değerlendirme yöntemleriyle yaklaşılmasının mantığı daha açık bir şekilde ortaya çıkacaktır (Akın ve Aksoy, 1985: 8).

Günümüzde refah seviyesi yüksek olan ülkelerde gittikçe artan oranlarda sağlığa kaynak ayırmak durumunda kalınmakta fakat diğer tarafta ise toplumun temel sağlık ihtiyaçlarını dahi karşılayacak ölçüde harcama yapamayan ülkeler bulunmaktadır. Ancak her iki ülke grup ülkeler değişik sorunlarla karşı karşıya bulunmaktadır. Yüksek düzeyli harcamaların mutlaka yüksek sağlık göstergeleri anlamına gelmediğini pahalı bir şekilde tecrübe eden gelişmiş ülkeler sağlık politikalarını ekonomik yaklaşımlar çerçevesinde ele almaktadırlar (Yıldırım, 1994: 1).

Bir ülkenin kalkınmasında ve refah düzeyinin yükseltilmesinde sağlık hizmetleri çok yönlü ve karmaşık hizmetler zincirinden oluşmaktadır. Kamu



harcamaları içerisinde cari ve yatırım harcamaları özelliği taşıyan bu hizmetler özel bir önem teşkil etmektedir. Geniş bir faaliyet yelpazesini kapsayan sağlık hizmetleri sektörü, çeşitli kamu kuruluşu ve özel işletmeler tarafından üstlenilerek yerine getirilmektedir.

### 3.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

İçinde yaşadığımız zaman diliminde, toplumların eğitim ve gelir düzeyinin yükselmesiyle, sağlık bilinci de olumlu yönde artmıştır. İnsan için bu kadar önemli olan sağlık kavramının korunması, tedavisi ve rehabilitasyonu hizmetlerini veren kurumların verdikleri sağlık hizmetlerinin genel niteliklerini kısaca sıralamak yararlı olacaktır (Tengilimoğlu ve Çıtak, 2003: 38).

**Kamusallık:** Sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal mallar olarak tasnif edilmektedir. Bu tür hizmetler tüketimleri sonucu topluma dışsal fayda sağlarken, hizmeti tüketen kişiye de özel fayda sağlamaktadır.

**Dışsallık:** Sağlık hizmetleri üretim ve/veya tüketim faaliyetleri sonucunda, başka birimlerin fayda veya maliyet fonksiyonlarını olumlu ve olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

**Devlet Müdahaleleri:** Sağlık hizmetlerinde devlet müdahaleleri planlama, yatırım, kontrol, destek veya teşvik gibi çeşitli şekillerde kendini göstermektedir.

**Belirsizlik Altında Seçim:** Hizmeti alan toplum bireyleri, alacağı hizmetin maliyet ve kalitesi hakkında bilgi sahibi olamamaktadırlar veya çok az bilgiye sahip bulunmaktadır.

**Asimetrik Bilgilenme:** Hizmet alan taraf (hasta) ve hizmet veren taraf (doktor) arasında bilgi açısından farklı sektörlerle karşılaştırıldığında büyük farklar bulunmaktadır. doktor ile hastası arasında bilgi yönünden bir uyum bulunmamakta bu da, hasta ile doktor arasındaki iletişimi zorlaştırmaktadır.

**Hastalık Riskinin ve Tüketiminin Önceden Belirlenememesi:** Sağlık hizmetine nerede, ne zaman, kimlerce ve ne kadar ihtiyaç duyulacağı ve

bunun ne kadar bir süre devam edeceği çoğu zaman belli olamamaktadır. Ne var ki günümüzde devletler yaptıkları araştırma ve planlamalar ile birlikte tahmini bir hizmet sunumu yapmaktadırlar.

**Sağlık Malının Yetersiz Tüketiminin Toplumu da Etkilemesi:** Sağlık hizmetinin taşıdığı kamusal ve dışsallık özellikleri nedeniyle, bu özelliklerin yeterince sunulmadığı ya da tüketilmediği durumlarda toplumun tümü veya bir kısmı zarar görebilmektedir (Mutlu ve Işık, 2005: 45).

Sağlık hizmetlerinin diğer özelliklerini sıralayacak olursak;

- Sağlık hizmetlerinin uzmanlaşma düzeyi çok yüksektir.
- Sağlık kuruluşları karmaşık bir yapıya sahiptir.
- Sağlık bakımı, genellikle tüm hizmetler içinde en soyut hizmetlerden birisidir.
- Sağlık sektörü diğer sektörlere oranla çok daha hızlı değişip gelişen bir sektördür.
- Günümüzde sağlık kurumlarında insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşmak durumunda ve bu kişiler kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflere önem vermektedirler.
- Sağlık hizmetleri arz ve talep dengesi bu sektörün aşılması en güç sorunlarından birisidir.
- Sağlık hizmetlerinde işlevsel bağımlılık çok yüksektir.
- Tüketici, uzmanın gücü karşısında zayıf ve bilgisiz bir konumdadır.
- Tüketici egemenliği yoktur.
- Yapılan işlerde hata ve belirsizliklere karşı duyarlılık yüksektir ve tolerans gösterilmeyen sektörlerden birisidir.
- Sağlık hizmetinin önceden denenme gibi bir şansı yoktur.
- Sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilen etkinliklerin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.
- Sağlık hizmetleri piyasası şeffaf değildir, sektörde belirsizlik ve risk her zaman mevcuttur.

- Hizmet ve faydasının tanımlanması ve ölçümü oldukça güçtür.
- Sağlık hizmetlerinin doğal ve tekel olma özelliği vardır. Pazara girişte sınırlamalar olması konusunda, Sağlık Bakanlıklarının yasal düzenlemeleri bu sınırı belirlemektedir.
- ‘Hastalık yoktur, hasta vardır’ ilkesinden hareketle her hastaya aynı süreç uygulanamaz.

### **3.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Günümüzde sağlık hizmetleri, “koruyucu”, “tedavi edici” ve “rehabilitasyon hizmetleri” olmak üzere üç başlık altında sınıflandırılarak ele alınmaktadır. Koruyucu Sağlık Hizmetleri; kişinin ve toplum sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak önceden alınacak tedbirlerin tümünü ifade etmektedir. Bu hizmetler; maliyeti düşük, etkisi yüksek olup tipik birer kamu ekonomisi üretimi olarak kabul edilmektedirler. Aşılama, içme suyu ve yiyecek-içeceklerin denetlenmesi, ana-çocuk sağlığı, çevresel risk unsurlarının denetimi, verem, sıtma, trahom, frengi, gibi bulaşıcı hastalıkların denetimi, erken teşhis gibi faaliyetler koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana çıkan özelliklerindedir. Ortaya çıkması ve yayılması muhtemel olan bu hastalıkların önceden önlemler alınarak etkisizleştirilmeye çalışılması koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamı alanına girmektedir. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri ise; hastalık durumunun ortaya çıkması halinde verilen sağlık hizmetlerindedir. Bu tedavi hizmetleri ayakta tedavi, yataklı tedavi ve evde bakım şeklinde sınıflandırılabilir. Bunlardan yataklı tedavi sistemi en pahalı sistemdir. Sakat ve işgücünü kaybedenlere işgücü ve çalışma imkânı sağlanmasına yönelik hizmetler rehabilitasyon hizmetleridir (Yıldırım, 1994: 10).

Sağlık hizmetleri yalnızca sağlık sektörü tarafından yürütülemeyecek kadar geniş boyutludur ve birçok farklı sektörü de ilgilendirir (Eren, 1997: 346).

Sağlık hizmetleri (a) koruyucu, (b) tedavi edici ve (c) rehabilite edici ve (d) sağlığın geliştirilmesi ile ilgili kurumlar tarafından kurumsallaştırılmıştır (Somuncubaşı, 2000: 35, Hayran ve Sür, 1997: 17-19; Kavuncubaşı, 2000: 34-46).

Tedavi edici sağlık hizmetleri basamakları (Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, 2011: Madde: 4):

- Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri (*Primary Care*); Hastaların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizde sağlık ocakları, muayenehaneler, verem-savaş dispanserleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, aile hekimlikleri, birinci basamak sağlık hizmetleri veren kuruluşlardır.
- İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri (*Secondary Care*); Hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi düzenlenen fakat yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavisiyle ilgili hizmetlerdir. Ülkemizde tam teşekküllü devlet hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşlara örnektir.
- Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri (*Tertiary Care*); Yoğun bilgi ve teknoloji, ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri (ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri) ve üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşlara örnektir.

İkinci basamak tedavi hizmetlerinde yer alan resmi ve özel sağlık kurum ve kuruluşları aşağıdaki gibidir (Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlıkları, 2003; Sağlık Bakanlığı 2003a; Sağlık Bakanlığı 2003b; Maliye Bakanlığı, 2003):

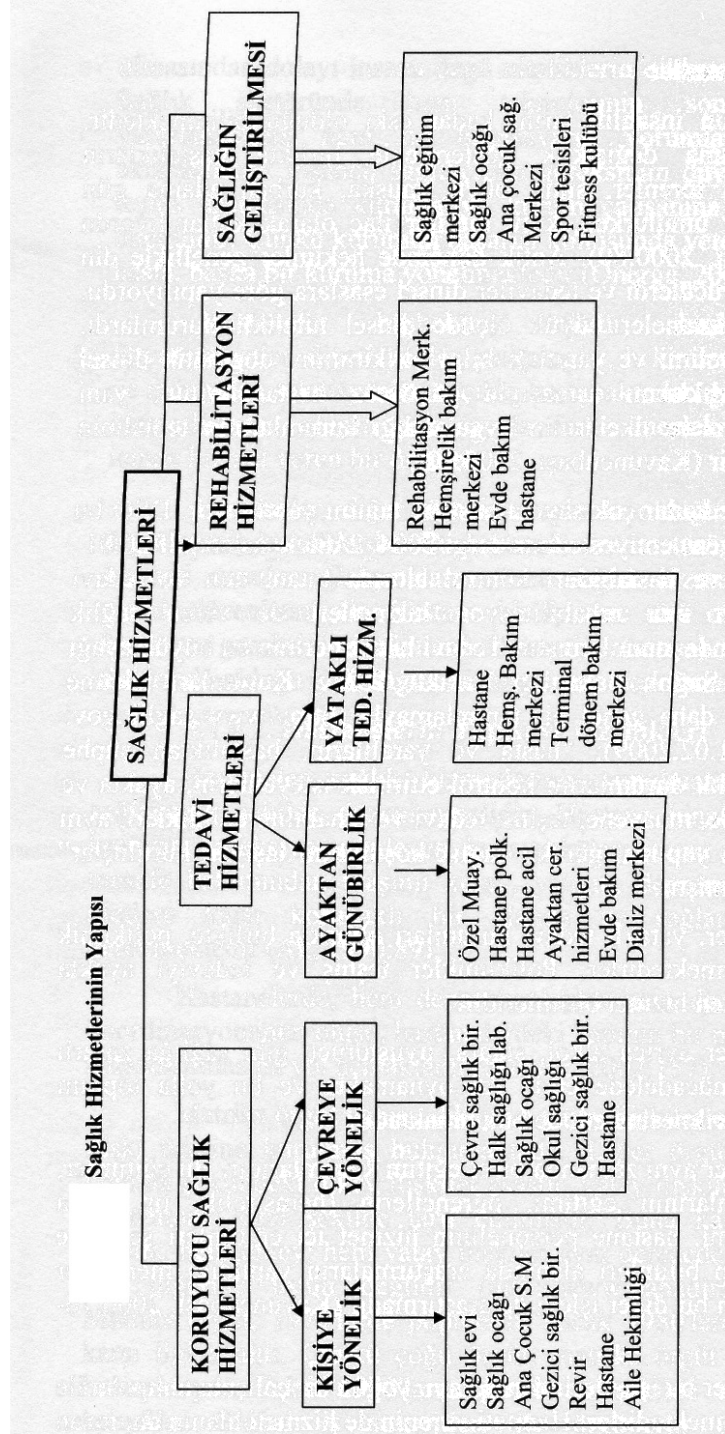
(a) İkinci basamak resmi sağlık kurumları:

- Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan Devlet Hastaneleri,
- Özel Dal Hastaneleri,
- SSK Hastaneleri
- Diğer resmi kurum hastaneleri

(b) İkinci basamak özel sağlık kurum ve kuruluşları:

- Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne göre ruhsat almış özel hastaneler
- Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel tıp merkezleri ve özel dal merkezleri

Sağlık hizmetlerinin etkili bir biçimde sunulabilmesi ve hastaların bu hizmetlerden en iyi şekilde yararlanabilmesi için, basamaklar arasındaki sevk zincirine gereken önem verilmelidir. Birinci basamakta verilen tedavinin yeterli olmaması durumunda, hastaların ikinci basamağa ve gerekli görülmesi halinde de üçüncü basamağa sevk edilmesi söz konusu olmaktadır. Sevk zincirine uygun hareket edilmesi, hastaların gereksiz yere sağlık kurumlarında yığılmalarını ortadan kaldıracığı gibi, sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir biçimde sunulmasına da imkân sağlayacaktır (Somunoğlu, 2012: 12).



**Kaynak:** Kavuncubaşı, Şahin (2000). **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitabevi, Ankara, s. 35.

### 3.5. Dünyada Sağlık Hizmetlerinin Durumu

21. yüzyılda dünya nüfusunun yapısında önemli bir değişim yaşanmıştır. 1960-2000 yılları arasında ABD ve Avrupa’da insanların ortalama yaşam süresi 7-13 yıl arasında artmış ve 83-85 yıla yükselmiştir. Aynı dönemde Çin’de beklenen yaşam süresi neredeyse ikiye katlanmış ve 36’dan 70 yıla çıkmıştır. Diğer taraftan tıbbi cihazlar, geliştirilen yöntemler ve ilaçların maliyeti giderek artmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün 1978 yılında Alma Ata’daki konferansında (Özcebe, 2011: 8) açıklanan 2000 Yılına Kadar Herkes için Sağlık Hedefleri (Health for All by the Year 2000-HFA 2000) aşağıdaki gibidir (Metin ve Aydın, 1997, s. 22-36; İÜ, 1982: 8-9; WHO, 1989: 2-10;): (1) Sağlıkta hakkaniyet, (2) Yıllara yaşam katmak, (3) Özürlüler için daha iyi olanaklar, (4) Hastalıkları ve sakatlıkları azaltmak, (5) Kızamık, polio, neonatal tetanoz, difteri kongenital kızamıkçık, kongenital sifiliz ve yerel sıtmayı elimine etmek, (6) Doğuşta beklenen yaşam umudunu artırmak, (7) Bebek mortalitesini azaltmak, (8) Maternal mortaliteyi azaltmak, (9) Dolaşım sistemi hastalıklarıyla savaşmak, (10) Kanserle savaşmak, (11) Kazaları azaltmak, (12) İntiharlardaki artışı durdurmak, (13) Sağlıklı kamu politikaları geliştirme, (14) Sosyal destek sistemlerini geliştirmek, (15) Sağlıklı davranışlar için bilgi ve motivasyonu artırma, (16) Olumlu sağlık davranışlarını destekleme – geliştirme, (17) Sağlığa zarar veren davranışları azaltma, (18) Sağlıklı çevrelere yönelik politikalar, (19) Çevresel risklerin incelenmesi, (20) Su kirliliğinin kontrolü, (21) Hava kirliliğine karşı korunma, (22) Gıda güvenliğinin geliştirilmesi, (23) Zararlı atıklara karşı korunma, (24) Konut koşullarının geliştirilmesi, (25) İşle ilgili sağlık risklerine karşı korunma, (26) TSH ‘ne dayanan bir sağlık bakım sistemi, (27) Kaynakların gereksinime göre dağıtımı, (28) Birincil tıbbi bakımı yeniden düzenleme, (29) Ekip çalışmasını geliştirme, (30) Hizmetleri eşgüdümleme, (31) Hizmetlerin kalitesini sağlama, (32) HİS için araştırma temeli oluşturma, (33) HİS için politikalar uygulama, (34) Kaynak sunumu ve yönetimi, (35) Sağlık enformasyon sistemleri (SES), (36) Personelin eğitimi ve yayılması, (37) Sağlık

sektörü dışındakilerin eğitimi ve (38) Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi. (Türkiye Bilimler Akademisi, 2012. 83)

Sağlık hizmetlerinden yararlanmanın bir insan hakkı olduğu ilkesinden hareketle, Dünya Sağlık Örgütü'nün 1977'de başlattığı "2000 yılında herkes için sağlık hedefleri" ile sağlık hizmetleri uluslararası bir boyuta taşınmıştır (Dedeoğlu, 2012: 29).

Günümüzde çok hızlı bir şekilde artan sağlık hizmeti giderleri ve enerji maliyetlerinin önümüzdeki 10-15 yıllık süreçte dünyanın tüm ülkelerinde sosyal ve ekonomik gerilim yaratacağı öngörüldüğünde bu konuda Dünya Sağlık Örgütü'nü belirli kararlar alma yoluna itmiştir. Bu konuda devletlerin alacağı tedbir ve önlemler ülkelerin büyüme performansları üzerinde de çok önemli etkiler yaratacak konuma gelmiştir.

Sağlık sektörü hemen hemen tüm dünyada en sorunlu sektörlerin başında gelmektedir. Bu sektörde yaşanan sıkıntılar birkaç faktörün birleşiminden kaynaklanmaktadır. Dünyada giderek artan yaşlı insan sayısı, tıp teknolojilerindeki ve ilaç sektöründe ki gelişmeler ve yaşam koşullarının iyileşmesi başlıca faktörler olarak sıralanabilir.

Sağlık bugün sadece gelişmekte olan ülkelerde değil, aynı zaman da Amerika gibi gelişmiş ülkelerde de en sorunlu sektörlerin başında gelmektedir. Nüfus yapısı Japonya kadar sorunlu olmasa da Amerika'nın milli gelirden sağlık hizmetlerine ayırdığı pay oldukça büyüktür. Sağlık hizmetlerinin kişi başına düşen maliyetleri bu gelişmiş ülkelerde birkaç yıl içerisinde ortalama 10.000\$ düzeyini aşmaya başladığı durumlarda hükümetler üzerinde sağlık konusunda büyük baskılar oluşturmaya başlamıştır. Sonuç olarak gelecekte sadece gelişmekte olan ülkeleri değil gelişmiş ülkeleri de bu konuda ciddi sıkıntılar beklemektedir.

Yapılan öngörülere göre Japonya, Amerika ve Avrupa'da insanların vergi, prim ve katkı payı ödemeleri artacak, son teknolojilerin çok pahalı olması nedeniyle bunlara ulaşım sınırlı kalacak ve alınan hizmet kalitesi düşmeye başlayacaktır.



Dünya nüfusunun yaklaşık 1/4'ünü oluşturan Çin'in bu konudaki sıkıntısı ise çok daha farklı ve büyük boyutlardadır. Burada tüm bahsedilen sorunların ötesinde bir sorun daha vardır ki oda bir milyar dört yüz milyon insana en son geliştirilen ilaç, alet ve süreçlerin nasıl sağlanabileceği konusudur. Hizmet sunulacak insan sayısı çok fazladır. Dolayısıyla yaşlanan nüfus sorununa nüfus artış hızının artmasını savunarak cevap vermekte yanlış olabilecektir.

Ülkelerin bugün sağlık hizmetlerine ne kadar ödeme yaptığı ve gelecekte ne kadar ödemeleri gerektiği ile öngörü bize bu sektörün neden günümüzde enerji ve çevre ile birlikte mutlaka yeni politikaların üretilmesi gereken üç sektörden biri olduğunu daha iyi göstermektedir.

Her ülkenin durumu birbirinden farklı olsa da hemen hepsi benzer sıkıntıları yaşayacak görünmektedir. Japonya'da ve Avrupa'da yaşlı nüfus sayısı artmakta dolayısıyla tedavi masrafları artmaktadır buna karşılık aktif çalışan kesimin ödediği sigorta primi ve vergiler artık yaşlı nüfusun tedavi masraflarını karşılamaya yetmemektedir.

Bu çöküntü Fransa ve Almanya gibi sağlık hizmetlerinin çok pahalı olduğu ve vergi yükünün gelirin % 45-50'sine kadar çıktığı ülkelerde daha da büyük olduğu bilinmektedir. İngiltere ve Japonya sağlık hizmetlerine Fransa ve Almanya'ya oranla daha az harcamaktadır. Fakat Japonya dünyanın en yaşlı nüfusuna sahip ülkelerden birisidir.

İngiltere'de "Milli Sağlık Hizmeti Kurumu" üzerinde de sunmakta olduğu kaynak ve hizmetleri genişletmesi yönünde ciddi baskılar vardır (Aksakoğlu, 1995: 96).

Çin sağlığa tüm gelişmiş ülkelerden daha az harcamaktadır. GSYİH'nın sadece % 2'si devlet tarafından, GSYİH'nın % 2.5'i de vatandaşların kendi yaptıkları katkılardan sağlanmaktadır. Aslında bu farklılıkların insanların aldığı hizmetin kalitesinde nasıl bir fark yarattığını da kimse bilmemektedir.

Mart 2010’da yasalaşan sağlık reformuna kadar Amerika’da hükümet sağlık harcamalarının ancak % 45’ini karşılarken, bu hizmet sadece düşük gelirliler ve emeklileri kapsamaktadır. (Amerika’da devletin sunduğu sağlık hizmeti herkesi kapsamamaktadır. Kapsanan iki grup vardır. Medicaid düşük gelir grubundaki kişileri, Medicare ise 65 yaş üzerindeki kişileri kapsayan sağlık programlarıdır). Birçok şirket çalışanlarına özel sağlık sigortası sağlamaktadır. Amerikalılar bu sistemin etkinsizliğinden yıllarca şikâyet etmişlerdir.

Sağlık Reformu Paketi, ABD’de Gayri Safi Milli Hâsıla’nın yüzde 16’sını teşkil eden, 2,5 trilyon dolar büyüklüğündeki sağlık sektöründe, 1965 yılında yaşlılar ve engelliler için başlatılan hükümet destekli sağlık sigortası programından bu yana en büyük değişiklikleri ihtiva etmiştir. Tasarımın yasalaşmasıyla 32 milyon sigortasızın sigorta kapsamına alınması ve böylece Amerikalıların yüzde 95’inin sigortalı olması öngörülmüştür (Oral, 2002: 64).

ABD, gelişmiş ülkeler arasında vatandaşlarına kapsamlı sağlık sigorta sistemi sunmayan tek ülke konumunda bulunmaktadır. Genel anlamda özel şirketlerin kontrolündeki sağlık sigortasından, primlerin çok yüksek olması nedeniyle yaklaşık 50 milyon Amerikalı yararlanamıyordu.

Bu yasa ile birlikte sigortasız Amerikan vatandaşlarının sayısının, 36 milyondan 4 milyona inmesi hedeflenmiştir. Bu yasaya göre artık herkes sigorta yaptırmak zorunda olacak, aksi halde para cezası ödeyecektir. Yine bu yasa ile yoksullara ve yaşlılara yönelik Medicare ile Medicaid programlarına daha fazla kaynak ayrılacak, zaten sigortalı olan vatandaşlara devlet prim desteği sağlanacak, özel sağlık sigortalarının kalitesi artırılacak, sigorta şirketleri, yaşa ve cinsiyete bakmadan her vatandaş eşit kabul edecek, kimse hastalığı gerekçe gösterilerek geri çevrilemeyecek, yüksek primler belirlenemeyecektir (Oral, 2002: 64-68).

Tüm bunların ABD bütçesine 10 yıllık maliyetinin 940 milyar dolar olacağı ancak yüksek gelirlilerden alınacak ek vergilerle bütçe açığının artmayacağı; aksine on yıl içinde 138 milyar dolar, 20 yıl sonra 1.2 trilyon dolar azalacağı hesaplanmıştır.

Kişi başına düşen vergiden sağlık hizmetlerinin karşılanmasına giden paya bakıldığında Amerika’da bu oran İngilizlerin, Japonların ve Almanların ödediğinden daha fazladır. Yani Amerikalılar diğer insanların sağlık masraflarını finanse etmek için daha fazla katkıda bulunmaktadır.

Bu yüksek vergi takviyesine rağmen Amerikalıların özel sağlık sigortalarına ödediklerine cepten yapılan sağlık harcamaları eklendiğinde aslında Amerikalıların kişi başı sağlık harcamaları İngiliz ve Japonların yaptıkları harcamalarından çok daha fazladır. Amerikalılar bununla ilgili çok da bir şey yapmamaktadır. Gelirleri de zaten diğer ülkelerden yüksek olduğu için durumu kabullenmiş görünmektedirler.

Kesin olan şey şudur; sağlık harcamaları tüm ülkelerde hızla artmaktadır. Avrupa ve Japonya’da fiyat kontrolleri uygulanmasına rağmen insanlar yaşlandığı ve kullanılan teknolojiler sürekli yenilediği için bu artış kaçınılmaz olmaktadır.

2000-2004 yılları arasında kişi başı sağlık harcamaları Japonya’da % 4, Almanya’da % 5, Fransa’da % 7, İngiltere’de % 9 ve Amerika’da % 8 artmıştır.

Sağlık giderleri Amerika’da diğer gelişmiş ülkelere göre daha fazla olsa da mevcut yapının devam etmesi halinde gelecekte hemen hemen tüm gelişmiş ülkelerin benzer bir sağlık krizi yaşaması kaçınılmaz gibi görünmektedir. Bu krizi en şiddetli hissedecek ülkelerin başında da Fransa, Almanya ve ABD gelmektedir. Bu üç ülkenin de sağlık sistemi insanların sağlıkla ilgili kararlarını kendilerinin yönetmesi ya da alması üzerine kuruludur. Fransa ve Almanya’da herkes kendi temel doktorunu seçebilir, Amerika’da da sağlık sigortası olmayanlar dışındakiler için bu sistem geçerlidir. Sağlık sigortası olmayanlar hastanelerin acilinde ya da hayır kurumlarının kliniklerinde kim görevli ise bunu kabul etmek zorundadırlar.

Bu ülkelerde doktora görünmek oldukça kolaydır. Fransız ve Almanlar yılda ortalama 8-9 kere doktora gitmekte, Amerikalılar ortalama yılda 5 kez doktora gitmektedir.

Her üç ülkede de alınan sağlık hizmetlerinin çoğu ücret karşılığıdır, daha sonra kişilere geri ödeme yapılır. Almanya’da ise hükümet sağlık hizmeti sunanlara

doğrudan ödeme yapmaktadır. Her üç sistemde de değişik şekillerde de olsa hem özel hem kamunun rolü vardır. Fransa'da hükümet birçok kişinin tedavi, ilaç, tıbbi araç gereç ihtiyacının % 70 - % 80'ini yaşa ve gelir grubuna bakmaksızın karşılar, kalan % 20- % 30'hık kesim içinde neredeyse tüm Fransızlar özel sağlık sigortası satın alır ve bu kısmı özel sağlık sigortasıyla karşılarlar.

Amerika'da tedavi masrafları 2000 yılından beri yılda % 8 artarken, Fransa ve Almanya'da yılda % 5 artmaktadır. Ancak Almanya ve Fransa'nın çok hızlı yaşanan nüfus sorunu nedeniyle (bu trendin böyle devam etmesi halinde) her 3 sistemde de bugünden 2020'ye kadar olan sürede sağlık hizmetleri maliyetlerinin iki katına veya daha fazlasına ulaştığı görülebilecektir.

Her üç sistemde muhtemelen bu soruna daha önceki dönemlerde (son 10 yıl içerisinde) verdikleri tepkiyi vereceklerdir. Belki sadece bireylere sunulan imkânların eşitlenmesine biraz daha fazla önem vererek maliyetleri düşürmeye çalışacaklardır. Maliyetleri düşürmek için yapılabilecek diğer bir uygulama ise daha pahalı hizmetlere daha güç ulaşılmasını sağlamak olacaktır.

### **3.6. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Durumu**

Başta Avrupa ve ABD olmak üzere sağlık alanında atılan adımlar ele alınırken ülkemizde de son dönemlerde oldukça ciddi gelişmeler yaşanmakta ve bu alanda oldukça başarılı çalışmalar yürütülmektedir. Yapılan bu çalışmaların temeline inilmeye çalışıldığında Cumhuriyet Türkiye'sinin sağlık sektöründe öteden beri belli bir birikiminin oluştuğunu ve bu birikimin desteklendiğinde önemli sonuçlara varacağı da görülmektedir. Sağlık alanında elde ettiği bu gelişmelerin temelinde yatan güdüleyici nedenlerin doğru anlaşılabilmesi için kuruluşundan günümüze kadar ülkemizin bu sektördeki attığı adımları ele alıp incelemek gerekmektedir.

### **Türkiye'de Kuruluşundan Çok Partili Döneme Kadar Sağlık**

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişimi Cumhuriyet öncesi dönem (Selçuklular ve Osmanlılar dönemi) ve Cumhuriyet dönemi olarak iki bölüme ayrılmaktadır, ilk Türk imparatorluğu olan Selçuklular'da, zamanın şartlarına göre

gelişmiş bir sağlık sistemi uygulaması mevcuttu. Bu dönemde sağlık hizmetleri vakıflar aracılığı ile sunulmuş olup, Osmanlılar da ilk dönemlerinde bu uygulamaya bağlı kalmışlardır, imparatorluk döneminde idari örgütlenmenin saray merkezli ve askeri olmasına karşılık, devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetleri de daha çok saraya ve orduya yönelik olarak devam etmiştir. 19. yüzyılın ikinci yarısından sonradır ki batıya yönelme ile birlikte yaygın kitlelere de sağlık hizmeti götürme anlayışı hakim olmaya başlamıştır (Özsarı, 2001: 1209).

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılması ile birlikte sağlık hizmetleri birincil derecede bir devlet görevi olarak görülmüş ve 3 Mayıs 1920'de kabul edilen bir yasa ile Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekaleti kurulmuş ve sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlıkça yürütülen devletin temel görevlerinden biri haline getirilmiştir.

Cumhuriyet'in ilanıyla birlikte TBMM Hükümeti'nin ilk sağlık bakanı olarak atanan Dr. Adnan Adıvar göreve başladığında ne yerleşmiş bir örgüt ve alt yapı ne de toplumun gereksinimlerine yanıt verecek yasal düzenlemeler bulunmamaktadır. Memleket savaşların etkisinden henüz kurtulmaya çalışırken her şeyin yeniden kurulması gerekmekte ve sağlık alanında da bir çok eksiklikler görülmektedir. Dr. Adnan Adıvar'ın sağlık bakanı olması ile birlikte ülkemizde yeni bir dönem başlatılacak ve günümüze miras olarak bırakılacak ve tüm ülkeye yayılacak sağlık alt yapısının temelleri atılmaya çalışılacaktır (Mutlu ve Işık, 2005: 49).

1921 yılında Sağlık bakanlığına atanan Dr. Refik Saydam, kısa süreli ayrılıklar haricinde 1937 yılına kadar bu görevi sürdürmüştür. Dr. Saydam, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurda yayılmasında büyük bir başarı göstermiş ve hizmetlerin yapılanmasına damgasını vurarak, sağlık hizmetleri tarihimizde onurlu bir yer edinmiştir. Bu nedenle, "Refik Saydam Dönemi" diyebileceğimiz bu dönem, bugünkü anlamda sağlık hizmet ve örgütünün kurulduğu ve halen etkisini sürdürdüğü yıllar olmuştur (Akdur, 2006: 25).

Dr. Refik Saydam Cumhuriyetin sağlık alanındaki hedeflerini belirleyerek, ihtiyaçları karşılayacak bilinçli bir sağlık politikası oluşturmuştur. Bu politikaların en temel özelliklerini sıralayacak olursak (Sözen, 2003: 76);

- Devletin sağlık örgütünü oluşturup geliştirmek
- Ülkemizde doktor sayısını artırmak
- Numune hastaneleri açmak
- Ebe ve sağlık memuru yetiştirmek
- Doğum ve çocuk bakımevi açmak
- Verem sanatoryumu açmak
- Sıtma, frengi, trahom ve yaygın olarak bulunan diğer hastalıklar ile mücadele yapmak
- Devletin sağlık ve sosyal örgütlenmesini köylere kadar götürmek
- Sağlık ve sosyal konularla ilgili yasalar yapmak
- “T.C. Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi”ni kurmak ve “Hıfzıssıhha Mektebi”ni açmak gibi dönemin sorunları ile ilgilenildiği ve bu sorunlara çözümler bulunmaya çalışıldığı görülmektedir.

Yine bu dönemde illerde “Sağlık Müdürlükleri” ilçelerde “Hükümet Tabiplikleri” kurularak, sağlık hizmetlerinin tüm yurda yayılması sağlanmıştır. Birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere önem ve öncelik verilmiş, bu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe imkanları kullanılmıştır. Yataklı tedavi hizmetlerinin yerel idareler tarafından yürütülmesi politikası benimsenmiş ve belediyeler, il özel idareleri bu görevle görevlendirilmiştir. Bu idarelere örnek olmak üzere, Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı “Numune Hastaneleri” açılmıştır (Mutlu ve Işık, 2005: 52).

1928 yılında 1219 Sayılı “Tababet ve şuabatı Sanatlarının Tarzı esasına Dair Kanun” çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenerek bu hizmetler disiplin altına alınmaya çalışılmıştır. 1930 yılında, 1593 Sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” çıkarılmış ve böylece, sağlık hizmetlerinde alt politikaların ya da uygulamaların esasları belirlenmiştir. 1936 yılında ise, 3017 Sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu” çıkarılmış ve böylece Bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluğu tamamlanarak, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir. Günümüzdeki sağlık hizmetlerinin, hala o zaman hazırlanmış olan yasalar ile yürütülmesi ve bu yasaların, bazı eksiklikler dışında,

günümüz gereksinimlerine yanıt vermeye devam etmesi, bu yasaları hazırlayanların ileri görüşlülüğünü göstermektedir (Akdur, 2006: 29).

Dr. Refik Saydam Dönemi'nde, devlete bağlı sağlık örgüt ve birimlerinin tüm yurda yayılması için büyük bir çaba harcanırken, sağlık insan gücünün nicelik ve nitelik yönünden yeterli olması için bir dizi önlemlere de başvurulmuştur. Bu itibarla, doktorların sayısını artırmak ve kamuda çalışmalarını özendirme amacıyla, Yatılı Tıp Talebe Yurtları kurularak tıp fakültesi mezunlarına bugün de halen uygulaması yapılan mecburi hizmet anlayışı getirilmiştir. Tüm sağlık personelinin atama ve terfileri Sağlık Bakanlığı emrine alınarak, sağlık personelinin yönetimi tek elde ve merkezde toplanmaya çalışılmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personele daha yüksek bir ücret rejimi uygulanarak, personelin hükümet tabiplikleri ve koruyucu hizmet birimlerinde çalışmaları teşvik edilmeye çalışılmıştır (Aksoy, 2001: 1806).

### **Çok Partili Dönemde Sağlıktaki Genel Durumumuz**

Ülkemizde 1946 sonrası Dr. Behçet Uz ve Demokrat Parti Dönemi olarak incelemek dönemin anlaşılması açısından daha yararlı olacaktır. Bu dönemde merkezi yapıyı güçlendirmek ve sosyal içerik dahilinde politikalar geliştirmek amacıyla yasal düzenlemeler yapılmış ve uygulamalara geçilmiştir (Turan, 2004: 8).

1946-1950'li yıllarda Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresine sunularak yürürlüğe konulan "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" ilk önemli sağlıktaki planlama girişimi olarak karşımıza çıkmaktadır. Behçet Uz Planı diye de bilinen bu plana göre; ülke yedi sağlık bölgesine ayrılmakta ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilinceye kadar çalışmaya devam edilmektedir. Yine bu dönemde her bölgede bir tıp fakültesi açılması planlanmaktadır.

Bu planlamada, çağdaş sağlık yönetiminin temel ilkelerinden biri olan, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet birimlerinin genel idareden ayrılarak "nüfus esasına" göre kurulması gibi amaçların benimsendiği görülmektedir. Böylece, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerini ayrı ayrı ele alan,

yataklı tedavi hizmetlerini yerel idarelere bırakan anlayış terk edilmekte ve sağlık hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiş olmaktadır. Bu planlama ile birlikte Bölgesel Numune Hastaneleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, verem savaş hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri de yine bu dönemde kurulmuştur. Bunların yanı sıra, sağlık ocaklarının sayısında da ciddi artışlar sağlanmıştır (Mutlu ve Işık, 2005 :13).

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkan sıtma, suçiçeği, sifilis ve cüzzam ile mücadele etmek için “Olağandışı Sıtma Kontrolü Yasası” çıkarılmış ve hastalığa odaklı dikey örgütsel yapılar geliştirilmiştir. 1945'te Sosyal Sigortalar Kurumu'nun da temellerini atan İş Güvenliği Yasası çıkarılmış ve hizmet ile istihdam alanındaki SB tekeli ortadan kaldırılmıştır.

1950 yılında Demokrat Parti iktidara gelmesiyle birlikte sağlık merkezlerini tüm yurda yaymaya gayret etmiş, bunun doğal bir sonucu olarak il ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanarak, yalnızca büyük kentlerde var olan hastane hizmetlerinin tüm yurda yayılmasında önemli adımlar atılmıştır (Kavuncubaşı, 2000: 20).

Cumhuriyetin kurulmasından itibaren sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu ve görevi olduğu politikası izlenmiş, buna karşılık özel sağlık kuruluşlarının kurulması ve hizmet vermesine de sıcak bakılmıştır. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve gelişmesini engelleyen herhangi bir yapı bulunmadığı gibi bu kuruluşlar teşvik de edilmeye çalışılmıştır. Sağlık alanında esas sorumluluğun kamuda olduğu ve aynı zamanda özel sağlık hizmetlerinin de özendirilmeye çalışıldığı karma ekonomi anlayışı sağlık sektörüne oldukça fazla yansımıştır. Bir yandan sağlık hizmetlerinde kamunun yatırımları devam ederken diğer yandan özel sağlık kuruluşlarının gelişmesi için çaba harcanmıştır. Sağlık politikası alanındaki bu yapı, 1950'lerden sonra daha belirgin bir hale gelmiş, özellikle hükümetler düzeyinde, hizmetlerin özel birim ve kuruluşlara devredilmesi anlayışı hakim olmaya başlamıştır (Kavuncubaşı, 2000: 22).

Ancak ne var ki devletin sağlık alanındaki sorumluluğunun bir kısmını özel teşebbüse aktarması özellikle kırsal bölgelerde bu hizmetlerin gelişmesine engel



olmuş devlet ilk dönemlerde kent merkezlerine sağladığı sağlık hizmetlerini bu kırsal bölgelerden mahrum bırakmasına neden olmuştur. “...Başta kırsal kesim olmak üzere, hem tedavi edici hizmetlerde hem de koruyucu hizmetlerde çağ yakalanamamış ve gerisinde kalınmıştır. Halkın artan talepleri karşılanamadığı gibi, bu talepleri geçici önlemlerle de karşılamak imkansız hale gelmiştir.” (Akdur, 2006: 9). Bunun bir neden ve sonucu olarak kurum ve kuruluşlar kendi sağlık sorunlarına kendi imkanları ile çare üretmeye başlamışlardır. Bunun ilk ve en büyük örneğini 1945 yılında çıkarılan bir kanunla sigorta hastanelerinin açılmak istenmesinde görmekteyiz. Uygulamalarına 1952 yılında geçilen Sosyal Sigortalar Kurumu ve buna bağlı hastaneler açılarak sağlık hizmetlerinde koordinasyonsuzluk hakim olmaya başlamıştır.

Günümüzde var olan yasalardan birçoğu 1945-1960 yıllarında çıkarılan ve halen yürürlükte olan ve sağlık örgütlenmemizin temelini oluşturan bu yasalar oluşturmaktadır. Bu durumu örnekleştirecek olursak (Çağlayan, 2001: 1198);

- Optisyenlik ve Optisyenler Yasası (Yıl 1940, Sayı 3958)
- Türk Tabipleri Birliği Yasası (Yıl 1953, Sayı 6023)
- Eczacılar ve Eczaneler Yasası (Yıl 1953, Sayı 6197)
- Hemşirelik Yasası (Yıl 1954, Sayı 6283)
- Türk Eczacılar Birliği Yasası (Yıl 1956, Sayı 6643) bu yasalardan günümüzde de uygulanan sağlık yasalarındandır

### **Sağlıkta 1961-1980 Dönemi**

Bu dönemde farklı sağlık politikaları ele alınarak tartışılmaya başlanmış ve sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılması anlayışı benimsenmiştir. Yine bu dönemde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile ilgili bir kanun çıkartılmış ve bu yasayla birlikte sağlıklı yaşam ve tıbbi bakım doğuştan kazanılmış bir hak olarak tanımlanmıştır. Bu yasa vatandaşın sağlık hakkının gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi politikasını en açık bir biçimde ifade eden ve bunu kanun maddesi olarak yazılı hale getiren yasa olmuştur. Bu yasa ile sağlık hizmetlerinin bütünleştirilmesi ve tek elden tüm yurda yayılması amaçlanmıştır.

Sosyalleşme politikası 1963 yılında fiilen başlatılarak 1983'te ülkenin tümüne yayılmıştır. Yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. Bu dönemde geniş bölgede tek yönlü hizmet ilkesinin alternatifi olan dar bölgede çok yönlü hizmet anlayışı modeline geçildiği görülmektedir (Kalaça, 2012: 72).

Sağlıkta Sosyalleştirme Programı ile köylerden ilçe ve şehir merkezlerine sağlık evleri, sağlık ocakları ve sağlık merkezleri kurulmaya başlanmış ve bunlar sıra ile birbirine bağlı hale getirilmişlerdir. Sağlık merkezleri sağlık müdürlerine bağlanmış ve hastanelerle işbirliği içerisine girmişlerdir. Maddi olanaksızlık ve personel yetersizliği göz önüne alınarak bu planın gerçekleştirilmesi için 10-15 yıllık bir sürede bu planın uygulanması sağlanmaya çalışılmıştır. Programın uygulanabilmesinin birinci koşulu olarak doktorun serbest çalışmasına izin verilmemesi ve tamamen devlet görevinde hizmet vermesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunu sağlamak için de tam gün çalışarak sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde görev alacak olan doktorlara yüksek ücret ödenecektir (Pala, 2007: 36).

1967 ve 1971 yılındaki Genel Sağlık Sigortası için kanun taslağı çalışmaları yapılmışsa da bu çalışmalar bir türlü yasalaştırılamamıştır. 1978'de sağlık personelinin tam süre çalışma esaslarına dair kanun çıkartılmış ve kamu personeli olan doktorların muayenehane açmaları tamamen yasaklanmıştır. 1980 yılında sağlık personelinin tazminat ve çalışma esaslarına dair kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılmış ve tekrar muayenehane serbestisi getirilmiştir (Akdağ, 2008: 20).

1970'li yıllarda yönetime gelen iktidarların sahip olduğu neo-liberal politikalarla sağlık politikasının uyumluluk içerisinde olmadığı gözlenmektedir. Hükümetler düzeyinde zaman zaman sosyalleştirme politikasını engelleme girişimleri olmuş ise de bu politika değiştirilemediği gibi aktif özelleştirme programı da uygulanamamıştır (Kavuncubaşı, 2000: 34).

## 1980-2000 Arası Sağlık Politikaları

1982 Anayasasında, sağlık hizmetleri ve idaresi alanında 1961 Anayasasındakilerle benzer kanuni hükümler yer almaktadır. Madde 60'ta herkesin "sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu ve bunun devletin sorumluluğu altında olduğu" ifade edilmektedir. Genel Sağlık Sigortası ise Madde 56'da yer almakta ve "Genel Sağlık Sigortası oluşturulabilir" hükmü ile ifade edilmektedir. 1980'lerde, 1961'de başlayan toplumsallaşma politikalarının gelişimine şahit olunmuştur. 1987 yılında genel sağlık sigortası konusu yeniden gündeme gelmiş fakat konu ile ilgili yasal düzenlemeler tamamlanamamıştır. Aynı yılda ana sağlık hizmetleri yasası çıkmakla birlikte bu yasa ile ilgili düzenlemeler de bugüne kadar uygulanamamıştır. DPT sağlık sektörü ile ilgili kapsamlı bir plan oluşturmuş, bu planla ilgili olarak 1992'de Birinci Ulusal Sağlık Kongresi toplanmış ve yeniden yapılanma süreci başlamıştır. 1993'de yapılan ikinci Sağlık Kongresi'nde ulusal sağlık politikaları belirlenmiştir. Bu yıllardan sonra da sosyal güvenlik kapsamında yer almayan ve ödeme gücü olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerinin karşılanabilmesi için Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir. 1993'de yapılan ikinci Sağlık Kongresi'nde alınan kararlardan bazılarında yeni düzenlemeler yapılmış fakat beklenen sonuçlar elde edilememiştir. Hastanelerin özelleştirilmesi ve özerkleştirilmesine yönelik çalışmalardan da bu yıllarda sonuç alınamamıştır (Akdağ, 2008: 100).

1990'lı yılların başlarında sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma konusunda önemli girişimlerde bulunulmuş ve ilgili tarafların katılımıyla yaşanan bir sürecin ardından, sağlıkta reform önerilerini içeren Ulusal Sağlık Politikası Dokümanı yayınlanmıştır. Bu yayındaki önerilerin o dönem itibariyle dünya genelinde geçerli sağlık politikası reform girişimlerine paralel olduğunu söylemek mümkündür. Sağlıkta reform politikalarının temel önerileri ise şu şekilde sıralamak mümkündür (Berman ve Tatar, 2004: 7);

- Herhangi bir sosyal veya sağlık güvencesi olmayan bireylerin genel sağlık sigortası kapsamına alınması,
- Birinci basamak hizmetler için kentsel alanlarda kişi başına ödeme ilkesini benimseyen aile hekimliği,

- Mevcut hastanelerin büyük ölçüde finansal özerklik ile birlikte yarı özerk bir yapıya kavuşması,
- Hizmet verenlerle alanların birbirinden ayrılması ve hizmet verenlerin aynı havuzdaki kaynaklar için birbiri ile rekabet ettiği bir dahili piyasanın oluşturulmasının sağlanması (Hayran ve Sur, 1998: 17).

### **2000 Sonrası Sağlık Politikaları**

Sağlık Bakanlığı'nın 1 Temmuz 2003 tarihinde başlatmış olduğu ve 2003'ün Aralık ayında bir kitapçıkla kamuoyuna duyurduğu "Sağlıkta Dönüşüm Programı" (SDP), geçmişteki sağlık reform ve proje çalışmalarını değerlendirmiş ve gelecekte geçilmesi düşünülen sağlık sistemini tasarlayıp, bu sisteme geçişi kolaylaştıracak gerekli değişiklikleri yapmayı planlamıştır. SDP; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansman sağlanması ve sunulmasını hedeflemektedir (Mutlu ve Işık, 2005: 11-12).

SDP, Türk sağlık sektörünün uzun zamandan beri var olan sorunlarını ele almak için tasarlanmıştır. Bu sorunları kısaca özetleyecek olursak (Kurtulmuş, 1998: 26);

- Ülkemizdeki sağlık sorunlarının OECD ve orta gelirli ülkelere kıyasla geri kalmış olduğumuz alanların belirlenerek bu alanlarda yeni çalışmaların yürütülmesi,
- Sağlık hizmetlerine erişimdeki hakkaniyetsizliklerin ortadan kaldırılması ve sağlık ihtiyacının tüm topluma açılması,
- Sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol açan ve mali sürdürülebilirliği zayıflatan parçalı yapının ortadan kaldırılarak tek merkezli bir sistemin oluşturulması (GSS),
- Düşük hizmet kalitesi ile hastalara sınırlı cevap verebilirlikten sektörün eksiklerinin giderilmesi şeklinde özetlemek mümkündür.

Sağlıkta Dönüşüm Programının amacı, yönetim, verimlilik, kullanıcı ve hizmet sunucu memnuniyeti ile uzun vadeli mali sürdürülebilirliği iyileştirerek sağlık sistemini daha etkili hale getirmek için geliştirilmiş bir program olarak karşımıza

çıkılmaktadır. Bunun için dönüşüm programı kapsamında öngörülen kilit özellikteki kurumsal ve organizasyon değişiklikleri yapılmaya çalışılmıştır (OECD, 2008: 34-35).

Sağlık Bakanlığı'nın, kılavuzluk işlevinin güçlendirilmesi amacıyla yeniden yapılandırılması bunun en önemli göstergelerinden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunucu işlevinden çıkartılarak bunun yerine "hastalık sürveyansı/hastalık kontrolü, sağlık düzenlemesi, planlama ve yönetim kapasitesi, izleme ve değerlendirme, sağlığın teşviki, sağlık alanında sosyal katılım, hakkaniyetli erişimin artırılması, kalite güvencesi, insan kaynakları eğitimi, halk sağlığı, kontrol ve afet önleme araştırmaları gibi işlevlerini güçlendirerek genişletmesi" amaçlanmıştır (OECD, 2008: 35).

Sosyal Sigortalar Kurumu, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart programları bu amaçla tek bir çatı altında birleştirilmiş ve bu çatı sistem Sosyal Güvelik Kurumu (SGK) adı altında yeniden örgütlenerek tek bir satın alıcı bünyesinde Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) kurulması sağlanmış ve tüm vatandaşların GSS'ye kaydolması zorunlu hale getirilmiştir. Bu yeni GSS sisteminde prim oranları, ödeme gücü ile orantılı olarak düzenlenmiş ve tüm bireylerin aynı teminat paketine sahip olmaları sağlanmıştır (Akdur, 2006: 12-13).

Söz konusu sağlık primini ödeyemeyeceği düşünülenlerin primleri, para ve mal varlığı soruşturması sonucuna göre kamu fonlarından ödenmesi öngörülmüştür. Bu çerçevede SGK, sağlık sektöründeki tek hizmet satın alıcı olarak, teminat paketinin sunumu için özel ve kamu hizmet sunucularından sözleşmeler yaparak hizmet satın almaya başlayacaktır.

Kamu hastanelerine özerklik tanıyarak, aile hekimliği modeline dayalı güçlü bir koruyucu sağlık hizmeti oluşturmak birinci plana alınmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sistemi oluşturularak, etkili bir sevk sistemi kurulmuş ve sağlık kuruluşlarındaki hizmet kalitesini iyileştirmek suretiyle sağlık hizmetlerinin reforme edilmesi sağlanmaya çalışılmıştır (Pekcan ve Uğurluoğlu, 2001: 819).

SDP'nin sağlık reformu hedeflerinin gerçekleştirilmesi amacıyla bir zincirin halkalarından olan yeterli bilgi ve donanımına sahip sağlık personelinin yetiştirilmesi ve sağlık sistemini destekleyecek eğitim ve bilim enstitülerinin gulendirilmesi sağlanmaya çalışılmış ve boyelikle sağlık sektöründe karar alma süreçlerinde etkili bilgiye erişimin iyileştirilmesi ve gulendirilmesi hedeflenmiştir.

SDP'nin oluşturulmasındaki en önemli hedeflerinden biri, satın alma ve hizmet sunumu işlevlerinin önceki parçalı ve çoklu yapıdan kurtarılması; satın alıcılar ve hizmet sunucular arasında düzgün kurumsal ve hesap verebilirlik ilişkilerinin kurulması olarak amaçlanmış ve bu yöndeki ilk değişiklik, 2005 yılında SSK'nın sunum işlevini SB'ye bırakması ile sağlanmıştir (Hayran ve Sur, 1998: 18).

Sağlık Bakanlığı lke hastanelerinin performansını iyileştirmek amacıyla "i pazarlar"ın bazı unsurlarını hli hazırda uygulamaya koyarak Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, SB hastanelerinde kurumsal performans kriterleriyle bağlantılı bir performansa dayalı ödeme sistemi gerçekleştirmiştir. Bu uygulamanın sonucunda, Türkiye'deki satın alıcı ve hizmet sunucu ilişkilerinin dönüşüm geçirmekte olduğu bu dönemde SGK ile niversite hastaneleri ve özel kuruluşlar arasındaki ilişki daha geleneksel bir satın alıcı ve hizmet sunucu modeli bağlamında yürümeye devam edecektir. Buna göre SGK, niversiteler ve özel hastaneler ile teminat paketi kapsamında yer alan hizmetlerin sunumuna yönelik sözleşmeler yapmıştir.

## **Ülkemizde 2000 Sonrası Hizmet Sunumu Uygulamaları**

### **a. Hizmet Sunumu Reformları**

2004 yılında başlanan aile hekimliği pilot uygulaması TBMM'de kabul edilerek böylece kişi başi ödemeye dayalı aile hekimliği pilot çalışmasının yapılması için gerekli yasal ereve oluşturulmuştur. şu anda Türkiye'de uygulanan aile hekimliği modeli kapsamında, birinci basamak (rneğin SB sağlık ocakları) ve ikinci basamak (rneğin SB hastanelerinin ayakta tedavi birimlerinde) sağlık hizmetlerinde

çalışan maaşlı pratisyen hekimlere kamudaki işlerinden izin alma ve bağımsız, kişi başı ödemeye dayalı bir aile hekimi olarak çalışma seçeneği sunulmuştur. Bu doktorların kamudaki asıl işlerine istedikleri zaman dönme hakları mevcuttur (Pekcan ve Uğurluoğlu, 2001: 819).

Aile Hekimi olmaya hak kazanabilmek için bu doktorların aile hekimliği konulu 10 günlük birinci faz uyum eğitimlerini tamamlamaları istenmekte, bu eğitimlerde Türkiye'deki akredite üniversitelerden gelen aile hekimliği profesörleri vasıtasıyla aile hekimliği uygulamasının ilkeleri, iletişim, klinik yöntemler ve epidemiyoloji bilgileri verilmekte ve böylece ülkemizde mevcut sayıda Aile Hekimliği uzmanı bulunmadığı için, yeni bir sertifikalandırma yoluna gidilmektedir.

Aile hekimleri uyum eğitimini tamamladıktan sonra, kendilerine kayıtlı kişilerin sayısına bağlı olarak aylık bir kişi başı ödeme almaktadırlar. Kentsel alanlarda, açık bir kayıt sistemi söz konusudur ve her birey kendi aile hekimini seçebilmektedir. Ancak yeterli sayıda aile hekimi seçeneğinin olmadığı diğer kırsal bölgelerde, hizmet bölgelerine dayalı olarak, aile hekimi sahibi olabilmektedir. Bu bölgelerde hekimler hem grup çalışmaları hem de tek başına çalışan pratisyenler olabilmektedir. Diğer yandan bu hekimlere bağlı oldukları SB'ye ait sağlık ocaklarında çalışmalarına izin verilmekte ve buna karşılık aylık bir kira ödemeleri istenmektedir. Hekimlere ödemeler, hem maaşları hem de işin yürütülmesi için gereken tanı ekipmanlarının alımı gibi diğer tüm masrafları kapsayacak nitelikte yapılmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 39).

Diğer yandan kişi başı ödemelerin bir kısmı bu hekimlere, performans göstergelerinin yerine getirilmesi bazında yapılmakta ve dolayısıyla bu doktorların iyi performansta çalışmaları beklenmektedir. Bu ödemeler belirlenmiş aşılama oranları, doğum öncesi viziteler ve sevklerle ilgili göstergeleri kapsamaktadır. Bu uygulamaya örnek vermek gerekirse, bir hekimin sevk sayısı ne kadar fazla olursa, aldığı puanlar da o kadar az olacaktır. Aile hekimliği konusunda bir başka temel uygulama ise bu doktorların sürekli kendilerini geliştirme şartına bağlanmış ve bunu için sürekli eğitim de bu şartlardan bir tanesi haline getirilmiştir. Tüm aile doktorlarının mesleki bilgi ve becerilerin geliştirilmesine odaklanan daha yoğun

ikinci düzey eğitimi tamamlamaları gerekmektedir. Ancak ne var ki aile doktorlarının üzerindeki hasta yoğunluğu baskısı sebebiyle 2006 ortalarına kadar zorunlu bir sevk zinciri bulunurken zamanla bu uygulamadan vazgeçildiği görülmektedir (T.C. S.B., 2002: 3).

Aile hekimliği modeli aşama ülke genelinde uygulamaya devam edilirken diğer yandan da Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetleri ağını güçlendirmek için SDP kapsamında yeni çabalara girişilmektedir. Böylece gelecekte aile hekimleri ve koruyucu sağlık merkezlerinin daha iyi bir toplum sağlığı elde etmek üzere uyumlu çalışması hedeflenmiştir. Bir yandan aile hekimliğinin uygulandığı illerde toplum sağlığı merkezleri kurulurken bu merkezler aynı zamanda; entegre koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri de sunacaklardır. Aynı zamanda bu merkezler; aşılama kampanyaları, üreme sağlığı ve çocuk sağlığı hizmetleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerini de denetlemekten sorumlu tutulacaklardır.

Bu uygulamanın Sağlık Bakanlığı için en zor yanı aile doktorlarının yeterli sayıda olmayışı olarak görülmektedir. Ülkedeki doktor sayısının az olması ve bu eksikliğin giderilmezse üst basamaklara sevk zorunlu olacağı ve böylece aile doktorlarının tatminsiz çalıştırılması ortaya çıkacak ve böylece de aile hekimliğinin “kapı tutucu” (gatekeeper) rolünün tam olarak uygulanması mümkün olmayacaktır.

### **b. Kamu Hastanelerinin İyileştirilmesi Çalışmaları**

Sağlıkta Dönüşüm Projelerinin birinci ayağı kapsamında uygulanan kilit reformlardan bir diğeri de hiç şüphesiz, tüm kamu kuruluşlarının (Üniversite Hastaneleri ve MSB'na bağlı olan sağlık kuruluşları hariç olmak üzere) SB bünyesinde entegre edilmiş olmasıdır. 2005 yılında başlayan bu entegrasyon süreci ile SSK hastanelerinin de SB'na bağlanmasıyla SSK'nın hizmet sunumu işlevinden kurtulmasına ve sadece satın almaya odaklanmasına geçildiği görülmektedir. Bu reformun amacı ise tüm kamu hastaneleri arasındaki yönetim ve finansal mekanizmaların uyumlu hale getirilmesi ve bu hastanelerin özerkleşmesine giden yolun açılmasıdır. Bu entegrasyonun, diğer bir amacı ise esas olarak bu hastanelere erişimin artırılması ve SB hastanelerinin önceden başarıyla benimsediği, üretkenlik ve etkinliği artıran aynı performans yönetimi modelinin benimsenmesi vasıtasıyla



tahsis verimliliğini ve teknik verimliliği iyileştirmesi düşünülmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 42).

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin uygulanmasında hastane özerkliği modelinin ülke çapında uygulanmaya başlaması için 2008 yılının çok erken olabileceği düşünülmüş bu nedenle, hastane özerkliği reformlarına yönelik bir pilot çalışma yapmaya karar verilmiştir. Pilot hastane özerkliği kanunu ile kamu teşebbüsü modeline dayalı hastane yönetimi ilkeleri belirlenmiştir. Buna göre pilot projeye katılan hastaneler kurullar tarafından yönetilecek; ancak diğer yandan SB'ye bağlı olmaya da devam edeceklerdir. Bu kanunla, bölgesel düzeyde ortak bir hastane birliği oluşturulması imkânını da sağlanacaktır. Bu birlik, program planlama, bütçelendirme ve uygulamayı ortaklaşa üstlenecek bir hastaneler ağından meydana gelecektir. Pilot hastane birlikleri, sağlık personeli işe alımı ve kaynak tahsisi kararları konusunda daha fazla özerkliğe ve esnekliğe sahip olabilecektir. Hastane çalışanları, artık kamu çalışanı sınıfında olmayacak ve artık sağlık sektöründe ömür boyu istihdam hakkına sahip olmayacaklardır. SB, hizmet kalitesini garanti etmekten ve hastane birliklerinin SB standartlarına uymalarını sağlamaktan sorumlu olacaktır.

Hastane özerkliği uygulamasına yönelik bu planlar; SDP'nin birinci basamak uygulaması sırasında değişikliğe uğradığı için, devlet hastanelerini daha insan odaklı ve üretken hale getirmek ve verilen hizmetin kalitesini artırmak amacıyla seçilmiş hastane reformları uygulanmıştır (OECD, 2008: 44). Bu reformlar; hizmet kalitesi, hizmet verimliliği ve etkinliğini vurgulayan bir hesap verebilirlik çerçevesi kapsamında hastanelere hizmet sunumu işlevinin yerine getirilmesinde daha fazla özerklik ve esneklik sağlamıştır. SDP'nin ilk etapta yaptığı reformları sıralayacak olursak bunlar aşağıdaki gibidir (Öztek, 2001: 36);

- Hastane yönetimine döner sermayelerin yönetimi ve ayrıca satın alma ve yatırım yapma kararları konusunda daha fazla özerklik ve esnekliğin sağlandığı,
- Performansa dayalı ek ödeme sisteminin uygulanmaya konulduğu,
- Hastane klinik (tanı) hizmetlerinin dışarıdan hizmet alımı yöntemiyle özel sektörden alınması (kamu özel ortaklığı) yöntemiyle çözülmeye çalışıldığı,

- Sağlıkta enformasyon sistemlerinin daha iyi bir seviyeye getirilmesinin hedeflendiği,
- Hastane kalite ve verimlilik denetimlerinin planlı bir şekilde yapıldığı bir sistem öngörülmektedir ve bu nedenle hastane yöneticileri çeşitli eğitim programları ile desteklenmeye çalışılmaktadır.

### **c. Sağlık Hizmetlerinde Kamu-Özel Ortaklı Uygulamalar**

2008 yılında Genel Sağlık Sigortası kapsamında SGK yatan hasta ve ayakta tedavi hizmetlerinin sunumuna yönelik olarak özel kuruluşlarla sözleşme yapabilmekte ve özel hastanelerin “ekstra faturalandırma” yapmasına izin verilmesi gibi hizmet sunuculara ödeme yapılması gibi yöntemlerle, özel sektörü SGK ile sözleşme yapmaya teşvik amacıyla SGK’nın benimsediği bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu mekanizmalar, özel hizmet sunumuna yönelik düzenlemelerin SB tarafından daha da güçlendirilmesi ile desteklenmektedir. Bu amaçla 2008 yılı Şubat ayında SB tarafından yeni bir düzenleme kabul edilmiş ve özel ayakta tedavi klinik ve tanı merkezleri için “ihtiyaç ruhsatı” koşulu uygulamasına geçildiği görülmüştür. Bu düzenlemeyle birlikte ülke genelindeki kamu ve özel sağlık kuruluşlarının etkili, daha kaliteli ve ihtiyaç odaklı bir şekilde işlev görmesini sağlayarak pozitif bir etki yaratması düşünülmüştür. Bilindiği gibi Sağlık Bakanlığı daha önce 2006’da sağlık sektörüne yönelik bir Kamu Özel Ortaklığı kanununu meclisten geçirmiş böylelikle sağlık sektöründe pilot çalışmalar yapmak üzere SB bünyesinde yeni bir Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı da kurmuştur (Öztek ve Eren, 1996: 3).

Türkiye’de sağlık sektörünün örgütlenmesinde çok sayıda resmi, yarı resmi ve özel kuruluş sağlık hizmeti üretiminde ve finansmanında görev yapmaktadır. Kamu kesiminde; S.B., M.S.B., S.S.K., Tıp Fakülteleri, M.E.B., P.T.T., T.C.D.D., Belediyeler ve Kamu iktisadi Kuruluşları sağlık hizmeti sunan başlıca kuruluşlardır. Bunların yanında dini gruplar, azınlıklar ve vakıfların yanında kar amaçlı özel sektör kuruluşları da hizmet vermektedir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi söz konusu değildir. Birçok kuruluş birbirinden habersiz hizmet üretmeye alışmakta olup,

bunun doğal bir sonucu olarak, mevcut kaynakların verimli kullanılması sağlanamamaktadır.

### **3.7. Sağlık Kurumlarının Gelişimi ve Hastaneleşme**

Sağlık hizmetlerinin örgütlenme evrimi incelendiğinde aslında çok büyük bir çeşitliliğin olduğu görülmektedir. Hizmetlerin türü ve gelişimi bireylerin talepleri, kurumsallaşma, kültür, ekonomik özellikler gibi pek çok etken tarafından belirlenmekte ve toplumdan topluma farklılıklar göstermektedir. Başka bir deyişle sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi için standart bir model oluşturmak mümkün olamamaktadır.

Sanayi devriminin gerçekleştiği 1850-1920 yılları arasında sağlık hizmetleri büyük ölçüde kentleşme, sanayileşme ve nüfus hareketlerinden etkilenmiştir. Bu dönemde hastalık ve bilim konusundaki yargıların değişmesi, sağlık alanında işbölümü ve uzmanlaşmanın artması, Batı Avrupa'da risk paylaşımı mantığından hareketle sigortacılığın ortaya çıkması, hayırseverlik ve yöneticilik kavramlarının yer değiştirmesi gibi başka etkenler her ülkenin kendine özgü sağlık sistemini kurmasına yol açmıştır (Oral, 2002: 62-63).

Yirminci yüzyılın başında bu gelişmelere paralel olarak, sağlık alanında geleneksel birikim yerine bilimsel bilgiye dayanan profesyonelleşme, sağlık meslekleri ve uzmanlıkları gelişmeye, güç kazanmaya başlamıştır. Mesleklerin kurallara bağlanması ve örgütlenmesi ise yeni düzenlemeleri gerekli kılmıştır. Bunun doğal sonucu olarak eskiden uzman olmayan hayırseverler tarafından yürütülen hasta bakım hizmetleri, uzmanların kontrolüne geçmiş ve profesyonel yönetim gerekliliği ortaya çıkmıştır. Diğer toplumsal alanlarda geliştirilen yönetim teknikleri ve bilgi birikimi sağlık hizmetlerinin yönetiminde de kullanılmaya başlanmıştır. Bu gelişmelerin doğal sonucu olarak sağlıkla ilgili mesleklerdeki eğitim ile hasta bakımı belirli kurallara bağlanmıştır.

Hastanelerin ve sağlıkla ilgili mesleklerin bir kurala bağlanması, ruhsatlandırılması da yirminci yuzyılın başında gerçekleşmiştir. Doktorların bir yere kayıtlı olma gerekliliği ilk kez ABD’de 1870’li yıllarda hekimlik yapanların mesleki çıkarlarını korumak için bir talep olarak ortaya çıkmıştır. 1901 yılında ABD Tıp Birliği hekimlik eğitimini ve mesleğini kurallara bağlamıştır. Ülkemizde ise 1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı yasa ile sağlıkla ilgili tüm mesleklerin gerektirdiği yetkiler ve koşullar kurallara bağlanmıştır.

Tıp Fakültelerinin (*akademia*) gelişmesi ile sağlık personelinin profesyonelleşmesinde akreditasyon sistemi gelişmiştir.

Amerika kıtasında doktor ve hastane merkezli bu gelişmeler yaşanırken Avrupa’da sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi daha farklı bir yol izlemiştir. Buradaki gelişmelerin temelini sigortacılık oluşturmaktadır. On dokuzuncu yuzyıl sonunda Avrupa lkelerinde gelişen genel sağlık sigortası, sağlık hizmeti verenlere bir fon oluşturduğu gibi, hükümetlerin sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık harcamaları konusunda düzenleyici ve denetleyici rol almasına yardımcı olunmuştur (Kılıç, 1995: 64). Genel sağlık sigortasının ilk uygulaması 1883 yılında Almanya’da ortaya çıkmıştır. Bismarck modeli olarak bilinen işverenlerce oluşturulan bu uygulama bazı değişikliklere uğrayarak kısa sürede diğer Avrupa ülkelerine yayılmış, 1888’de Avusturya, 1911’de İngiltere, 1945’te Fransa, 1955’te İsvet genel sağlık sigortasını kurmuştur.

Sosyal refah kavramının geçerli olduğu Avrupa lkelerinde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve finansmanı, devletin kontrolünde, sigortacılık temelinde gelişirken, ABD’de büyük lde piyasa kurallarına uygun olarak gelişmiştir.

Günümüzde eğitim ve sosyal güvenlik gibi sağlık da, devletlerin vatandaşa karşı çeşitli yükümlülüklerinin olduğu önemli bir sosyal hizmet alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir toplumun gelişiminin, ancak sağlıklı bireylerin varlığına bağlı olduğu ve sağlık düzeyinin bir ülkenin gelişmişliğinde temel göstergelerinden biri olduğu baz alındığında, sağlığın önemi dünyada daha net anlaşılır hale

gelmektedir. Bu durumda sağlık alanında üretilen ve uygulanan politikaların önemi bir kaz daha kendiliğinden ortaya çıkmaktadır.

Özellikle 1980’li yıllardan itibaren dünyada yaşanan gelişmeler devletlerin rolünün yeniden tanımlanmasını ve beraberinde kamu yönetiminde reforma gidilmesi ihtiyacını doğurmuştur. Devletlerin hizmet üretiminden çekilerek düzenleyicilik işlevini üstlenmesi şeklinde tanımlanan yeni rolünden hiç şüphesiz sağlık hizmetleri de oldukça çok etkilenmiştir. Devletler küreselleşme sürecinin önemli aktörleri olan Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası’nın program ve projeleri çerçevesinde sağlık alanında yeni hedefler ortaya koymuşlardır. Söz konusu kuruluşların belirleyici etkisinin bugün de devam ettiği “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nda kendisini açıkça ortaya koymaktadır.

Sağlık sektörünün temel sorunlarından biri olan finansman ve personel yetersizliğine, 30 yıldır devlet-piyasa ilişkisi çerçevesinde çözüm aranmaktadır. Bu paralelde deregülasyon politikalarıyla sağlığın devletin tekelindeki rolü kamusal alan olmaktan çıkarılmaya, devletin bu alandaki faaliyetlerinin kısıtlanmasına ya da kısmen kaldırılmasına çalışıldığı, dolayısıyla sosyal devlet ilkelerinin sınırlarının zorlandığı görülmektedir. Bireysel ve toplumsal sağlığın ancak piyasa koşullarına yönelik politikalarla sağlanabileceğinin tek geçer yol olarak düşünülmemesi ve adil, makul ve ölçülü politikalar üretilmesi sağlık gibi hayati bir alan için büyük önem taşımaktadır.

Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) hastaneleri, "müşahede teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar" olarak tanımlamaktadır. Benzer bir tanımın yer aldığı SSBYB Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde ise hastaneler, "hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphelenenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri; aynı zamanda doğum yapılan kurumlar" olarak tanımlanmaktadır. Hastanede "eğitim" "araştırma ve geliştirme" ile "toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma veya toplumsal sağlık

programlarına katılma" işlevleri de yer alır. Hastaneler öncelikle müşterilerine yarar sağlayan hizmet kurumları arasında sayılmıştır. Çünkü hastanelerin var oluşundan yararlananların başında hastanenin müşterileri yani hastalar gelmektedir.

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, yönetim ve kontrollerinde, finansal kaynaklarının türüne (mülkiyet türüne), büyüklüklerine (yatak kapasitelerine), hastaların hastanede kalış sürelerine, kadrolu personelinin kompozisyonuna göre sınıflandırılabilir. Verilen tedavi hizmetinin türüne göre hastaneler iki grupta toplanmaktadır: Genel ve özel dal hastaneleri. Genel hastaneler, her türlü acil vaka ile yaş cinsiyet farkı gözetilmeksizin, bünyesindeki mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Özel dal hastaneleri ise, belirli bir yaş veya türde hastaların kabul edildiği hastanelerdir (Seçim, 1995).

Anayasal bir hak olarak yaşama hakkı bir anlamda sağlık hakkını korumak ve gözetmek görevini birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında devlet tarafından üstlenmiş durumdadır.

Sağlık sisteminin finansman ve hizmet sunumu boyutlarıyla şekillenmesi, ülkelerin siyasi, ekonomik ve sosyal yapılarının bir uzantısı olarak karşımıza çıkmaktadır (Yıldırım, 1994: 14).

#### **Sağlık kurumları işlevlerine göre 5 gruba ayrılır:**

- a) İlçe veya belde hastanesi:** Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayakta veya yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetlerini barındıran, koruyucu sağlık hizmetlerini bünyesinde bütünleştirmiş, görev yapan daimi görev yapan doktorların hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumları olarak ifade etmek mümkündür.
- b) Gün hastanesi:** Birden çok branşta, gününbirlik ayakta muayene gerektiren durumlarda, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen, asgari olarak 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane

bünyesinde veya bir hastane ile koordineli ortak çalışma yürüten sağlık kurumlarıdır.

- c) **Genel hastaneler:** Her türlü acil hastalar ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut bulundurduğu uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayakta veya yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.
- d) **Özel dal hastaneleri:** Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığı olan bireylerin veya bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.
- e) **Eğitim ve araştırma hastaneleri:** Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumları olmalarının yanında genel hastanelerde verilen hizmetlerin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.

Doğu kültüründe geçmişi çok eski olan hastaneler Güney Avrupa'da papaz ve rahibelerin hizmet sunduğu manastırlar bünyesinde kendisini göstermiştir. On üçüncü yüzyılda tüm Avrupa'da 19000 hastane ya da benzeri örgüt bulunduğu bilinmektedir. İlk hastaneler kimsesi olmayan hastalara, yoksullara ve evinden uzak olan yolculara hizmet amacıyla kurulmuştur. Bu dönemde askerler ve denizcilerin sağlık bakımı hükümetlerin sorumluluğu altında hastanelere verilmiştir (Yerebakan, 2000: 26).

Tam teşkilatlı ilk İslam hastanesi Abbasiler döneminde yaklaşık 800 yılında Harun er-Reşit tarafından Bağdat'ta kurulmuştur. 9-17. Yüzyıllar arasında Endülüs'ten Hindistan'a kadar geniş bir coğrafyada birçok darüşşifa kurulmuştur. Adudi, Nureddin ve Kallavun hastaneleri Ortaçağ'ın en tanınmış darüşşifalarıdır. Dicle nehrinin kenarında yaptırılan Adudi hastanesinde tanınmış 24 hekim çalışmaktaydı. Hasta bakımının yanında tıp eğitiminin de verildiği bir kurumdu. Selçuklu sultanı Tuğrul Bey'in emriyle onarılan, büyük gelir kaynaklarıyla vakıf olarak işletilen hastanenin, bir saray gibi konforlu olduğu dönemin gezginleri tarafından anlatılmıştır. Moğolların 1258 yılında Bağdat'ı ele geçirmeleri sırasında

tahrip edilmiş ve bir daha ayağa kalkamamıştır. Bu hastane İslam hastaneleri tarihinde teşkilat, hekim ve personel kadrosu, tedavi, tıp eğitimi ve uzmanlaşma konularında önceki hastanelerden çok daha ileri bir aşamayı temsil eder. Ekonomik ve kültürel açıdan ileri bir durum gösteren Anadolu Selçuklu döneminde hemen her şehirde darüşşifa, darüssıhha veya bimaristan adıyla hastaneler açılmıştır. Bu dönemde sağlıkla ilgili yapılaşmadan başka;

- Ordu için develerle taşınan seyyar hastaneler
- Kervansaray hastaneleri
- Saray hastaneleri
- Halk hastaneleri kurmuşlardır.

Deliler akıl hastası olarak kabul edilerek tedavi edilmiştir. Osmanlı döneminde ilk hastane 1399'da Sultan Orhan Zamanında Bursa'da yapılmıştır. 1827'de Mustafa Behçet'in çalışmalarıyla Tıbhâne-i Âmire ve 1839'da Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şâhâne tıp eğitimi kurumları kurulmuştur.

19. yüzyılda bulaşıcı hastalıkların tehdidi karşısında özellikle kolera, çiçek ve tifo için özel hastaneler kurulmuştur. Ayrıca akıl hastaları için hastaneler de kurulmuştur.

Avrupa'da önce kilisenin kontrolünde gelişen hastaneler, Fransız ihtilalinden sonra, iyi yönetilmedikleri gerekçesiyle, kamu yönetimine devredilmişlerdir. Aynı dönemde İspanya, Portekiz ve bu ülkelerin Latin Amerika'daki sömürgelerinde bulunan hastanelerinin Katolik kilisesinin kontrolünde olduğu görülmektedir

İngiltere'de 1948 yılında Ulusal Sağlık Hizmetleri kurulana kadar hastanecilik yardım kuruluşlarının kontrolünde yürütülmüştür. Bu sistem Kuzey Amerika tarafından da benimsenmiş, kar amacı gütmeyen hastaneler kurulmuştur. Batı dünyasında başlangıçta kar amacı gütmeyen, din, ırk, sosyal sınıf farkı gözetmeyen ve gönüllülük temelinde gelişen hastane uygulamaları özellikle ABD'de önce dini ayrımlara sahne olmuş, daha sonra da paralı hale gelmiştir.



### **3.8. Türkiye Sağlık Sektörü Durum Analizi**

Türkiye’ de Sağlık sektörünün değerlendirilmesi bu bölümde ele alınmıştır. Sağlık sektörü hem ekonomik hem de sosyal boyutu olan bir sektördür. Sağlık kurumları diğer kurumlardan farklı olarak kar sağlamayı değil toplumun refah ve mutluluğunu öncelik edinmektedir. Kaynakların etkin ve verimli kullanılması ve hasta odaklı düşünülmesi çok önemlidir (Tengilimoğlu, 2012:159).

Sağlık kurumlarının müşterileri dış ve iç müşteriler olarak ikiye ayrılmaktadır. Dış müşteri grubunu hastalar yakınları, ödeme yapan sosyal güvenlik kurumları ve özel sigorta şirketleri oluşturmaktadır. İç müşteri grubunu ise sağlık kurumlarında görev yapan doktorlar, hemşireler, sağlık görevlileri, vakıf mütevelli heyeti üyeleri, hastaneye gönüllü olarak hizmet veren kişi ve kuruluşlardan oluşmaktadır. Kamuoyu grupları ise kuruma ihtiyaç duyduğu girdileri sağlayan veya kurumun ürettiği mal ve hizmetleri kullanan kamuoyu gruplarından oluşmaktadır. (Tengilimoğlu, 2012:160).

Sağlık kurumları çok değişken bir çevrede faaliyet göstermektedir. Örgütsel başarıya ulaşabilmek için güçlü yanları geliştirmeye ve zayıf yanları azaltmaya ve çevresel fırsatları değerlendirmeye ve tehditlerden korunmaya çalışmaktadır (Tengilimoğlu, 2012:165). Sağlık kurumlarının yapısı onların hem uzun hem kısa vadelerde tekrar ele alınmasını ve bu da dinamik bir planlama yapılmasını gerektirmektedir ( Kaptanoğlu, 2011: 66). Sağlık kurumları Sağlıkta Dönüşüm Projesi sonrasında hedefler doğrultusunda programlı ve planlı bir şekilde incelenmektedir. Sağlık sektöründe maliyetlerin yüksekliği ve insan hayatının önemi planlamayı daha gerekli kılmaktadır. Aşağıda sektörel ve çevresel faktörler ele alınmıştır.

#### **Güçlü yönleri**

- 1- Türkiye’nin yaş ortalaması oldukça genç bir nüfustur. Yeterli iş olanakları yaratılırsa genç nüfus sağlık sektöründe işgücü, finansman ve

- insan kaynakları açısından bir avantaj taşıyabilir ([http://www.tubitak.gov.tr/tubitak\\_content\\_files/vizyon2023/si/EK-21.pdf](http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-21.pdf) ).Yaşlı nüfusun çoğalacağı ve bebek ile çocuk yaştaki nüfusta anlamlı bir azalma beklenmektedir. (Tengilimoğlu, 2012:162).
- 2- Türkiye’de doktorlar bazı aksaklıklar olsa da iyi bir eğitim almaktadırlar. Dağılım ve istihdam bozuk olsa da çok sayıda doktor bulunmaktadır. İleri teknoloji sağlık personeli tarafından etkin olarak kullanılabilir.
  - 3- Türkiye’de Sağlık Kurumlarının aksaklıklar olsa da geleneksel bir çalışma yöntemi ve organizasyonu vardır.
  - 4- Toplumun çoğunluğu hastalıklarının tedavisi için tıp merkezlerine gitmektedir.
  - 5- Hastanelerin çoğunda çağdaş teknolojik donanım yeterli düzeydedir.
  - 6- Tıp Fakültesi Hastanelerinin sayı olarak artırılması tıpta eğitim seviyesini düşürmesi ve gereksiz yere yüksek sayıda hekim yetiştirilmesine neden olması ihtimali vardır. Fakat doğru işletmecilik kuralları uygulandığı takdirde bu hastaneler kamu hastanelerinin görevlerini daha fazla destekleyeceğine inanılmaktadır.
  - 7- Hastane döner sermayeleri, DPT ve hükümet politikalarıyla desteklendiğinden reel para akışı sağlanmaktadır.
  - 8- Türkiye’de verimli çalışan doktor ve sağlık personelini finansal açıdan ödüllendirme mekanizması oldukça kısıtlıdır. Bununla birlikte, yeni yasal düzenlemelerle, döner sermaye katkı payına göre doktorların aldığı destekte bazı kısıtlı olanaklar sağlanmıştır. Verimliliğin ödüllendirilmesi verimliliğin ve etkinliğin artmasını sağlayabilir.
  - 9- Türkiye’de özel hastane işletmeciliği son dönemlerde desteklenmiştir. Yetersizliklere rağmen gelişmeler olumlu yöndedir.
  - 10- Bebek ölüm hızında, aşıyla korunabilen hastalıklarda, verem ve sıtma gibi hastalıklarda yavaş ancak düzenli bir azalma sağlanmıştır. Sağlık kurumlarının bu konuyla ilişkili çalışmalarının bu konuda etkin olduğu düşünülmektedir.
  - 11- Polio gibi hastalıklar düzenli aşılama ile elime edilmektedir.

- 12- Türkiye’de HIV enfeksiyonu ve AIDS insidansı, gelişmiş Batı ülkelerinden ve Afrika ülkelerinden çok daha azdır.
- 13- Uyuşturucu madde bağımlılığı, alkol tüketimi ve alkolizm oranı, gelişmiş Batı ülkelerine göre daha düşüktür.
- 14- Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin eğitimde, denetimde, örgütlenmede, yetki ve sorumluluk, hiçbir gelişmiş Batı ülkesinde olmadığı kadar, merkezi, bürokratik ve politik bir örgütlenmeye sahiptir. Ve tüm yetkileri elinde bulundurmaktadır. Fakat son yıllarda TTB ve UDKK içinde, bu yetki ve sorumlulukların büyük bir kısmının sivil meslek kuruluşlarına devretmesi gerektiğine dair düşünceler ve çalışmalar ortaya çıkmaya başlamıştır.
- 15- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde (Sağlık Ocağı... vb.) fiziksel alt yapı ve hizmet ağı sorunlara rağmen ihtiyaçları karşılamaktadır.
- 16- İletişim ve bilişim teknolojisinde bazı önemli gelişmeler kaydedilmiştir.
- 17- Türk aile yapısı yaşlı, hasta ve sakatların bakımının çoğu zaman aile içinde karşılanmasını sağlamaktadır. Bu durum sağlık sisteminin yükünü azaltmaktadır.
- 18- Eczane ve iletişim ağı bulunmaktadır.
- 19- 122 acil hasta taşıma sistemi aksaklıklara rağmen bulunmaktadır.
- 20- Refik Saydam Hıfzı Sıhha Merkezi bazı koruyucu tıp hizmetlerini yönetimde yaşadığı sorunlara rağmen yürütmektedir.
- 21- Kadınların yaşam tarzlarındaki değişiklikler ve sağlık konusundaki tutumları sağlık sektörünü doğrudan etkilemektedir. Kadınların evlilik yaşının daha ileride olması, çocuk doğurma yaşının büyümesi, ileriki yaşlardaki doğumun bazı durumlarda sağlık sorunlarına neden olması, çalışma hayatında etkin rol almaları ve sağlık ile ilgili konulara daha çok önem vermesi göz önüne alınmalıdır. (Tengilimoğlu, 2012:162).
- 22- İleri teknoloji kullanımı sağlık sektöründeki maliyetleri artmaktadır. Fakat özellikle cerrahi alandaki gelişmeler; örneğin histerektomi, laporoskopik cerrahi ve lazer gibi uygulamalar ameliyat sonrası hastanede kalış süresini üç dört güne düşürmüştür. Bu da maliyetleri azaltmaktadır. Ayrıca tıbbi bilgilerin paylaşılması ve tıp eğitiminde

teletıp (telemedicine) uygulamaları önemli katkılar sağlamaktadır. (Tengilimoğlu, 2012:164).

### **Zayıf yönleri:**

- 1- Sağlık Bakanlığının Sağlık kuruluşlarının çoğunun ve personelin kontrolünü, merkezi ve politik bir kuruluş olarak elinde bulunmaktadır. Bu yapı, hükümetlerin politik menfaatlerini arttırmaktadır. Ayrıca ülkenin sağlık sorunlarını çözümünde yetersizliklere neden olmaktadır ([http://www.tubitak.gov.tr/tubitak\\_content\\_files/vizyon2023/si/EK-21.pdf](http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-21.pdf) ).
- 2- Türkiye’de sağlık politikaları popülist bir yaklaşımla oluşturulmaktadır. Hükümetler ve politikacılar seçimlerde sağlık konusunda tabandan gelen tepkileri önlemeye çalışmaktadır.
- 3- Sağlık sorunu bir bütün olarak ele alınmalıdır. Bütün ülke üzerinde etkisi olduğu göz önüne alınmamaktadır.
- 4- Türkiye’nin gelir kaynakları ve ekonomik açıdan artı değerleri düşüktür. Askeri harcama oranı bütçede zorunludur ve oldukça yüksektir. Hiçbir hükümet döneminde sağlık sektörüne kamu kaynaklarından yeterli pay ayrılamamıştır ve yakın gelecekte de ayrılması beklenmemektedir.
- 5- Sağlık Sektörü kaynakların % 41’i genel vergi ve fon gelirlerinden sübvansede edilerek sağlanmaktadır. Bu vergi ve fonların Sağlık Sigortası ve Emekli Sandığı tarafından sağlık için alınan primlerden bağımsızdır. Tedavi edici sağlık sektörünün desteklenmesi için değil, ülkenin kalkınmasıyla ilişkili reel yatırımlar için kullanılmaktadır. Bu kamu gelirlerinin büyük bir bölümünü iş verimliliği düşük personel harcamaları ve tedavi edici tıp uygulamaları için harcanmaktadır. Bu da haksız bir israftır.
- 6- Toplam sağlık harcaması kesin olarak belirlenmemektedir. Çünkü devlete bağlı kurumlar yoluyla yapılmaktadır. TBMM, MSB, Askeri Hastaneler ve Merkez Bankası gibi kuruluşlar kendi personel ve yakınlarının sağlık harcamaları için, sigorta primi ödeyen vatandaşlara

dahi sağlanmayan özel ayrıcalıklar sağladığından çifte standart ve eşitsiz bir durum oluşmaktadır.

- 7- Sağlık sektöründe gelir ve gider dengesi profesyonel nitelikte, alanlarında yeterlilikleri kanıtlanmış kişilerce değil, kalifiye olmayan kişilerce yapıldığından bozulmuştur. Bu da iç borçlanmalara gidilmesine, sağlık sisteminde açıklar oluşmasına neden olmuştur. Bu amaç için toplanmayan genel bütçenin vergi ve fonlarınca karşılanmaya çalışılmış ve sistem reel anlamda iflas etmiştir.
- 8- Türkiye’de, sağlığa kısıtlı kaynaklar ayrılmaktadır. Koruyucu tıp ve sağlıkta altyapı yatırımlarına yönlendirilmesi gereken kaynaklar,.politik nedenlerden dolayı ve asıl amacından farklı olarak tedavi edici tıp alanına harcanmamaktadır.
- 9- Bürokratik mekanizmaları ele alındığında Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü ve Taşra Örgütünün sistemin yatay örgütlenmesi gereksiz yere şişirilmiştir ve bu da verimsiz çalışmasına neden olmaktadır.
- 10- Türkiye’de en önemli sağlık güvencesi kurumlarından biri olan Emekli Sandığında primler stopaj olarak toplanmaktadır. Reel para akışı olmamaktadır. Bu kaynaklar kâğıt üzerinde görünmektedir. Ödemeler iç borçlanma yoluyla yapılmaktadır. Enflasyon oranı bu durumu zorlaştırmaktadır.
- 11- ES, BAĞ-KUR ve SSK’ya prim ödemesi yapmayan geniş bir kesime de sağlık için kaynak aktarılmaktadır. Fakat halkın ne kadarının gerçek anlamda ve etkili sağlık güvencesine sahip olduğu bilinmemektedir. Stratejik Yol Haritasında Gerekçe ve Durum Genel sağlık sigortasının temin edilmesi, SDP’nin başlıca reform hedeflerindedir. 2002’de “Herkes İçin Sağlık ve Acil Eylem Planı” hedefleri kapsamında Katkı Payında Hakkaniyet sağlanmaya çalışılmaktadır. (Sağlık Bakanlığı, 2012: 24). Sağlık hizmetini prim yatırımlardan çok prim yatırmayanlar kullanmaktadır.
- 12- Devlet sübvansiyonu sağlık sorunlarının çözümünde ve finansmanında sorumluluk alma alışkanlığının yerleşmesini engellemektedir.

- 13- Sivil toplum kuruluşlarının ve toplumun organize olamaması yetki ve sorumluluk almamasına neden olmaktadır. Entelektüel ve kültürel birikim eksikliği her problemin çözümünün devletten beklenmesine neden olmaktadır.
- 14- Türkiye'deki Emekli Sandığı (ES) ve SSK'nın sigortacılık yapmaması ve devlet kurumu olarak genel bütçenin içinde yerleştirilmesi Sağlık Güvencesi Sistemleri ve Sigortacılıkla bağdaşmamaktadır. Hem prim toplayan kurumlar, hem de SSK ve Devlet Hastaneleri yoluyla tedavi edici sağlık hizmetini düzenleyen kurumlar olarak rol oynamaktadır.
- 15- Çalışma Bakanlığının sigortacılık ve hastane işletmeciliği idaresinde yaşanan sorunlar sağlık sektöründe yolsuzluklara ve kamu kaynaklarının boşa harcanmasına neden olmaktadır.
- 16- Kamu sağlık kuruluşlarının kamudan denetimsiz mali destek alması ve sektör içinde ödemeler olduğunda çifte standart oluşturmaktadır.
- 17- Hastanelerin ve sağlık kuruluşlarının alacaklarının kamu kaynaklarından, borçlu kurumlardan ve sağlık hizmeti gören kişilerden alınması yasal olarak mümkün değildir.
- 18- Halkın gelir düzeyi düşüktür.
- 19- Profesyonel yönetici eğitimi ve çalıştırılması sağlık kuruluşlarında yaygın olarak uygulanmamaktadır.
- 20- Devlet memuriyeti yasaları Türkiye'de kamu alanında sağlık kuruluşlarında doktor ve personel çalıştırılmasını düzenlenmektedir. Fakat eğitimlerinin seviyesi, ürettikleri işin kalitesi ve miktarı, çalışma verimliliği yasal olarak belirlememekte ve bir standartta bağlanmamaktadır. Personel arasında verimlilik ve verilen hizmetin kalitesi açısından haklar ve gelir farkı olmaması iş verimini azaltmaktadır. Tayin ve atama uygulamalarının politik yönü verimsiz ve düzensiz bir personel dağılımı oluşturmaktadır. Ayrıca sağlık için ayrılan kısıtlı kaynaklar israf edilmektedir. DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki sağlık otoritelerinin bir yönetim aracı olarak sağlık sistemi performans değerlendirmesini (SSPD) kullanarak bu durumu düzeltmeyi amaçlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012: 8).

- 21- Doktor sayısının belirlenmesi, doktorların işe başlama ve tayin kuralları özel düzenlemelerle yapılmasının sonucunda doktor sayısı arttırılarak gereğinden fazla doktorun bulundurulmakta ve doktorlar işsiz veya gizli işsiz durumuna düşürülmektedir. Ayrıca “Zorunlu Devlet Hizmeti” uygulaması doktorların zorla çalıştırmasını gerektirmektedir. İhtiyaçtan daha çok hekim ve uzman hekim yetiştirilmesi tıpta eğitim seviyesini hızla düşürmektedir. Hekim hataları mortalite ve morbidite büyük oranını arttırmaktadır.
- 22- Doktorlar son derece sıkı yasal zorlamalara rağmen atandıkları yerde kısa süreli kalmaktadır. Ayrıca verimli çalışmamaları büyük kaynak israfına yol açmaktadır.
- 23- Yılda 4.000 hekim yetiştirmek için uygulanan yasalar ve Zorunlu Devlet Hizmeti Yasası ve hükümetlerin kısa dönemli politik çıkarlarına hizmet etmektedir.
- 24- Doktorların bir bölümü iş bulma olanaksızlığından veya çok fazla doktor olmasından dolayı devletin zorla iş vermesine itiraz etmemektedirler. Bu durum verimliliği ve motivasyonu düşürmektedir ve sağlık işletmeciliği ile bağdaşmamaktadır.
- 25- Üniversitelerin özerkliği Sağlık Bakanlığı tarafından yok sayılmaktadır ve genç doktorların Tıp Fakültesi diplomalarına ve uzmanlık belgelerine el koymakta “Zorunlu Devlet Hizmeti” yasası kapsamında özgür çalışma haklarını ortadan kaldırmaktadır. Eğitim belgelerinin sertifikasyonu Uygur ülkelerde sivil, bağımsız veya özerk kurumlar tarafından yapılmaktadır. Özgür çalışma hakkı gelişmiş Batı ülkelerinde anayasal güvence altındadır.
- 26- Türkiye’de yüksek seviyeli öğrencilerin eğitim tercihi artık Tıp alanından başka alanlara kaymaktadır. Bu gelişmeler toplumun sağlığı açısından gelecekte önemli bir tehlike oluşturabilecektir.
- 27- Yeni Tıp Fakültelerinde, etkili bir denetim ve planlama olmadan yüksek sayıda hekim ve uzman hekim yetiştirilmesi ve bu durumda iyi yetişmiş hekim oranının azalması, gelecekte halk sağlığı için risk oluşturmaktadır.

- 28- Sağlık sorunlarında sadece hekimin varlığının yeterli olmadığı bunun dışında birçok eksiklerin bulunduğu görmezden gelinmektedir. Hekim dışı sağlık personeli, altyapı yatırımları ve doğru işletmecilik anlayışı adına atılımlar yapılmamaktadır. Türkiye’de mevcut ve yetişmekte olan hekim sayısı, doktorların verimli olarak çalışabileceği donanımlı sağlık kuruluşlarının sayısı oldukça tutarsızdır.
- 29- Tıpta eğitim, planlama ve denetim büyük oranda Sağlık Bakanlıklarınca değil sivil meslek kuruluşlarınca (TTB, UDKK, Tıpta Uzmanlık Dernekleri... vb.) gelişmiş Batı Ülkelerinde, yürütülmektedir. Sağlık alanında, merkezi ve yetkilerini devretmeye yatkın olmayan güçlü bir bürokratik sistem ayrıca yetki ve sorumlulukları üstlenmeyen sivil meslek kuruluşları Avrupa’ya uyumu zorlaştırmaktadır.
- 30- Kamu kaynağı sübvansiyonu Kamu hastane ve kuruluşları için denetim eksikliğinden dolayı işleyişi olumsuz etkilemektedir. Özel sektöre verilen teşvik ve destekler ise ihtiyacı karşılamaktan uzaktır
- 31- Yerel idare ve il idarelerinin tedavi edici ve özellikle acil tıp alanında yetki ve sorumluluklarının oldukça az olması, kamu hastaneleri ve acil tıp hizmetlerinin merkezi-bürokratik ve politik bir şekilde yönetilmesine neden olmaktadır.
- 32- Türkiye’de ilaç, sağlık malzemesi ve teknik donanımın üretiminin oldukça az olması ülke gelirlerinin yurtdışına aktarılmasına neden olmaktadır.
- 33- Hasta taşıma ve ambulans hizmetlerinin işletmesi ve finansmanında aksaklıklar vardır.
- 34- Adli Tıp Hizmetlerinin kurumsallaşmamış olması ve otopsi uygulamalarının düzenlemelerinin yetersiz olması aksaklıklara neden olmaktadır.
- 35- Hastalar Merkez-referans hastanelerinde yoğunlaşmaktadır.
- 36- Kalite kontrolü, standardizasyon, iş verimliliği analizleri, denetimler ve geri bildirim Sağlık sektöründe yenilenmektedir.
- 37- Enformasyon ve istatistik çalışmaları Sağlık alanında yeterli değildir. Hasta kayıtları ve arşivler sağlık kuruluşlarında, oldukça yetersizdir.



- 38- Sağlık sektöründeki teknolojik yatırımların planlanması denetimsiz ve bozuktur.
- 39- Türkiye 'de trafik kazasına bağlı yaralanma ve ölümlerin en çok olduğu ülkelerden biridir.
- 40- Deprem riski Türkiye'nin sağlık alanında özel tedbirlerin alınmasını ve ek harcamaların yapılmasını gerekli kılmaktadır.
- 41- Beslenme ve hijyen yetersizliği yaygın olduğundan tedavi edici sağlık hizmetlerine büyük görev düşmektedir.
- 42- Çarpık şehirleşme, düzensiz altyapıya sahip yerleşimler ve kent gürültüsü toplum sağlığını olumsuz etkilemektedir.
- 43- Ekonomik yapıdaki sorunlar, yüksek enflasyon ve mali yasalardaki işleyiş bozuklukları tedavi edici sağlık kurumlarının çalışmasını güçleştirmektedir.
- 44- Genç nüfusun işsiz ve üretim dışında olması dezavantaj yaratmaktadır. Bu da sağlık sektörüne maliyet oluşturmaktadır.

### **Fırsatlar**

1. Sağlık hizmeti, sağlık alanında eğitim ve finans konularında Avrupa Birliği ile uyum sürecinde değişimler beklenmektedir ([http://www.tubitak.gov.tr/tubitak\\_content\\_files/vizyon2023/si/EK-21.pdf](http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-21.pdf) ).
2. Sağlık teknolojisindeki harcamalar Avrupa birliği ile entegrasyon sonucunda azalabilir
3. Türk doktor ve sağlık personelinin Avrupa ülkelerinde iş bulabilmesi için imkânlar Türkiye'nin Avrupa Birliğine katılımı ile artabilir.
4. Türkiye'deki iyi yetişmiş doktor ve sağlık personeli, Avrupa Topluluğu ülkelerinden daha ucuz ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilir. Avrupa ve ABD sigorta sistemleri hastaların Türkiye'de tedavisini maliyet açısından daha uygun buldukları takdirde bu durum Türkiye'ye önemli bir gelir kaynağı sağlayabilir.

5. Avrupa Birliğinin Bilimsel çerçeve programlarının üyesi ve ortağı olunması ile işbirlikleri Türk hekim ve araştırmacıları için yeni kaynaklar oluşturabilir.
6. Sigara ve tütün kullanımını engelleyici bazı yasal düzenlemeler Türkiye’de olumlu sonuçlar vermiştir. Türkiye, 19 Temmuz 2009 tarihinde % 100 dumansız hava sahası uygulamasına başlamıştır. Her gün sigara içen (günlük içiciler) 15 yaş ve üzeri Türk nüfusunun oranı 1980’lerin ortalarında %47 iken 2008 yılında %27,4’e ve 2010 yılında %25,4 düşmüştür. Kapalı kamusal alanlarda sigara içilmesi yasaktır. 2008’den itibaren büyük pasif içiciliğin azaldığı görülmektedir. 2004 yılında DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi imzalanmıştır. DSÖ tarafından tütün kontrolü konusunda ülkelere yol göstermek amacıyla geliştirilen MPOWER: Tütün Salgınına Kontrol Etmeye Yönelik Politika Paketi’nde sunulan stratejilerden çoğunu uygulamaktadır. (Sağlık Bakanlığı, 2012: 13).

#### **Tehditler:**

1. Politik nedenlerle yapılan düzenlemeler sürdürülememektedir ([http://www.tubitak.gov.tr/tubitak\\_content\\_files/vizyon2023/si/EK-21.pdf](http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-21.pdf)).
2. Sağlık alanında kamu kaynakları boşa harcanmaktadır. Bütçe için büyük bir iç borçlanma kapısı oluşturmaktadır ve bu da sağlık sistemindeki bozukluklara yol açmaktadır. Bütün bu gelişmeler Türk toplumunun sağlığını tümüyle tehlikeye sokabilir ve ülke ekonomisi ve düzeninin bozulmasına neden olabilir.
3. Modern ekonomi ilkelerinin etkin olarak işletilememesi Türk Hastanelerinin verimli çalışmasını bütünüyle engelleyebilir.
4. Tıbbi hizmet, teknoloji ve malzemenin fiyatlarının gittikçe artması, sadece Türkiye’nin değil, gelişmiş Batı ülkelerinin bütçesi üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır. Bu yükün ileride karşılanması mümkün görünmemektedir.

5. Düşük kaliteli ve gerektiğinden çok sayıda hekim ve uzman hekim yetiştirilmesi ve zorunlu devlet hizmeti yasaları son 20 yıldır Türkiye’ de, yetersiz, işsiz veya gizli işsiz doktorların artmasına neden olmuştur. İyi yetişmiş öğrencilerin çoğu artık eskiden olduğu gibi tıp değil başka alanlara yönelmektedir. Bu durumun doğal sonucu, doktor hatalarının ve yanlış tıbbi uygulamaların artmasıdır. Gelecekte bu durum çözümü çok zor olan ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak belirecektir.
6. Hava kirliliği, hızlı nüfus artışı ve sanayileşmenin neden olduğu çevre sorunları, halk sağlığını tehdit etmeye devam etmektedir. Sağlık Bakanlığının, kısa ve uzun vadeli faaliyetlerle bu sorunun üstesinden gelmeye yönelik, tüm girişimlerdeki sağlığa önderlik edici rolü, kirliliğinin toplum sağlığı üzerindeki etkisinin belgelendirilmesiyle güçlenecektir. (Sağlık Bakanlığı, 2012: 13).

### **Temel itici güçler**

1. Toplumun sağlığının korunması için sağlık sektörü zorunludur. Bu yüzden, Batı ülkelerinin sonunda tedavi edici sağlık sektörü alanında, altyapı, teşvik ve yasal düzenlemeler dışında kamu kaynaklarından büyük finansal destek verilmesine, gerek kalmamaktadır.
2. Nüfusun genç olması çözüm arayışlarında önem kazanmaktadır.
3. Avrupa Birliği uyum süreci sağlık hizmetleri alanındaki sorunların çözümünde itici güç rolü oynayabilir ([http://www.tubitak.gov.tr/tubitak\\_content\\_files/vizyon2023/si/EK-21.pdf](http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-21.pdf) ).

Güçlü Ve Zayıf Yanlar İle Fırsatlar Ve Tehditlerin Değerlendirilmesi Tablosu ( SWOT Analizi )

<b>GÜÇLÜ YANLAR</b>	<b>ZAYIF YANLAR</b>
Genç ve dinamik nüfus	Merkezi ve politik yapılanma
İyi bir tıp eğitimi	Sağlık hizmetleri için genel bütçeden daha fazla pay ayırlanamaması
Toplumun sağlık kurumu bilinci	Kısıtlı kaynakların koruyucu tıp ve sağlıkta altyapı yatırımlarından çok tedavi edici tıp alanına yönlendirilmesi
Çağdaş teknolojik donanım	Emekli Sandığında primler stopajla toplanmaktadır. Bu kaynak, reel para akışından bağımsız olarak kâğıt üzerinde toplanmakta, ödemelerde ise çoğu kez iç borçlanma prensibine göre hareket edilmektedir. Sistemde reel anlamda para akışı az olması
Tıp fakültesi hastanelerinin artması	Sağlık hizmetinin gerçek anlamda prim veya katkıda bulunanlardan çok, katkıda bulunmayanlar tarafından kullanılmaktadır
Hastane döner sermayeleri	ES, BAĞ-KUR ve SSK'ya prim ödemesi yapmayan geniş bir kesim de sağlık için kaynak aktarılması
Doktor ve sağlık personelinin ödüllendirilmesi	Doktor sayısının belirlenmesi, doktorların işe başlama ve tayin kuralları özel düzenlemelerle yapılması
Özel hastane sayısının artışı	Türkiye'de yüksek seviyeli öğrencilerin eğitim tercihi artık Tıp alanından başka alanlara kayması
Bebek ölüm hızında, aşıyla korunabilen hastalıklarda, verem ve sıtma gibi hastalıklarda yavaş ancak düzenli bir azalma	Türkiye, sağlık sektöründe ilaç, sağlık malzemesi ve teknik donanımda büyük oranda dışa bağımlı olması
Düzenli aşılama sayesinde Polio gibi hastalıkların eliminasyonu	Hasta taşıma ve ambulans hizmetlerinde işletme ve finans açısından sorunlar
Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin eğitimde, denetimde, örgütlenmede merkezi, bürokratik ve politik bir örgüt yapısı	Adli Tıp Hizmetleri yaygın olarak kurumsallaşmamıştır; otopsi uygulamaları için gerçekçi bir düzenleme olmaması
Birinci basamak sağlık hizmetlerinde (Sağlık Ocağı... vb.) fiziksel alt yapı ve hizmet ağı	Merkez-referans hastanelerinde büyük bir hasta yığılması olması
Türkiye iletişim ve bilişim teknolojisinde bazı önemli gelişmeler	Teknolojik yatırımlar planlama açısından bozuk ve denetimsiz bir şekilde yapılması
Yaşlı, hasta ve sakatların bakım ve desteklenmeleri çoğu zaman geleneksel olarak aile içinde sağlanabilmektedir	Dünyada, trafik kazasına bağlı yaralanma ve ölümlerin en çok olduğu ülkelerden biri olması
Eczane ve iletişim ağı	Türkiye'nin bir deprem ülkesi olması sağlık alanında bazı özel tedbirlerin ve ek harcamaların yapılmasının gerekmesi
122 acil hasta taşıma sistemi	Yetersiz beslenme ve yetersiz hijyenin yaygın olması
Refik Saydam Hıfzı Sıhha Merkezi bazı koruyucu tıp hizmetlerin	Türkiye'de genç nüfusun işsiz ve üretim dışında olması ve sağlık sektörünün üzerinde bir yük oluşturması

<b>FIRSATLAR</b>	<b>TEHDİTLER</b>
Avrupa Birliği ile uyum sürecinin sağlık alanında eğitim, sağlık hizmeti ve finans konularında akılcı değişimler sağlaması	Akılcı düzenlemelerin politik nedenlerle sürdürülememesi
Avrupa birliği ile entegrasyonun sağlık teknolojisindeki harcamaları azaltması	Kamu kaynaklarının boşa harcanması
Türkiye'nin Avrupa Birliğine katılımı, Türk doktor ve sağlık personelinin Avrupa ülkelerinde iş bulabilme imkânı	Çağdaş ekonomi kurallarının sağlıklı bir şekilde işletilememesi
İyi yetişmiş doktor ve sağlık personeli, Avrupa Topluluğu ülkelerine daha ucuz ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilir. Avrupa ve ABD sigorta sistemleri hastaların Türkiye'de tedavisini maliyet açısından daha uygun buldukları takdirde bu durum Türkiye'ye önemli bir gelir kaynağı sağlaması ihtimali	Tıbbi hizmet, teknoloji ve malzemenin fiyatları, kısaca maliyet, her geçen yıl yüksek miktarda artması
Türkiye Avrupa Birliğinin Bilimsel çerçeve programlarının üyesi ve ortağı olmuştur. Bu tip işbirlikleri Türk hekim ve araştırmacıları için yeni kaynaklar yaratması	Türkiye'nin son 20 yılda yürüttüğu düşük kaliteli ve gerektiğinden çok sayıda hekim ve uzman hekim yetiştirme politikaları, zorunlu devlet hizmeti yasaları gibi uygulamalar Türkiye' de, yetersiz, işsiz veya gizli işsiz doktorların artması

## 4. YÖNTEM

### 4.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tarama (*survey*) türünde, düşük düzeyli kişisel özellikleri olan ilişkisel özelliktedir.

### 4.2. Evren ve Örneklem

Araştırmada kolayda örneklem yöntemi kullanılmıştır. Kolayda örneklem yönteminin temsiliyet riski yüksek ve olasılıklar açısından heterojen evrenlerde kullanılmasında sakıncalar olmasının (Tonta, 2007: 12) yanında, olasılığa dayanmayan örneklem tekniklerinden olmasından dolayı araştırmanın evreni için bu koşullar geçerli sayılmayabilir. Kolayda örnekleme yönteminde amaç, kolayca ulaşılabilir birimlerin seçilmesiyle örneklemin oluşturulması yönündedir (Durmuş, 2003: 177; Erdem, 2004: 15). Olasılığa dayalı olmayan örnekleme tekniği araştırmacıya, kendi yargısına güvenerek oluşturacağı bir dizi alternatif örnekleme teknikleri sunar. Olasılığa dayalı olmayan örnekleme tekniklerinden kolayda örneklem yöntemi bu araştırmada kullanılması bakımından daha uygundur. Bu teknikte, örneği oluşturan elemanlar araştırmacının araştırma problemlerine cevap bulacağına inandığı kişilerden oluşur (Altunışık, Coşkun, Bayraktaroğlu ve Yıldırım, 2004).

### Örneklem

Çalışmada örnekleme İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri ve Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri özel ve kamu kurumlarında çalışan tıp fakülteleri mezunu doktorlar oluşturmaktadır. Bu örneklem doktorluk mesleğinin profesyonelleşmesi ve akreditasyonu nedeni ile Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri kurumlarını da temsil eder niteliktedir. Olanaklı olduğu zaman Birinci Basamak

Tedavi Hizmetleri ve Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri kurumlarındaki doktorlar da örnekleme eklenebilecektir.

Araştırmanın evreninin mümkün olduğu kadar geniş belirlenmesi için ele alınan İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri birliği, İstanbul İli Fatih Kamu Hastaneleri birliği ve İstanbul İli Kuzey Anadolu Kamu Hastaneleri birliği' ne bağlı hastanelerin listesi aşağıda verilmiştir.

### **İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği**

Beşiktaş Sait Çiftçi Devlet Hastanesi

Eyüp Devlet Hastanesi

İl Özel İdaresi Ağız Ve Diş Hastalıkları Hastanesi

Kâğıthane Devlet Hastanesi

Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları E.A.H

Prof. Dr. N. Reşat Belger Beyoğlu Göz E.A.H

Sarıyer İsmail Akgün Devlet Hastanesi

Sarıyer İstinye Devlet Hastanesi

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

### **İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği**

Fatih Sultan Mehmet Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Erenköy Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Hastanesi

Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Üsküdar Devlet Hastanesi

Beykoz Devlet Hastanesi

Şile Devlet Hastanesi

İstanbul Fatih Kamu Hastaneler Birliği

İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Yedikule Göğüs Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Bayrampaşa Devlet Hastanesi

Topçular Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi

Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Arnavutköy Devlet Hastanesi

Süleymaniye Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi



Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi

Araştırmanın örneklemini oluşturan hastaneler aşağıdaki listede verilmiştir.

Sarıyer İsmail Akgün Devlet Hastanesi

Yeniköy tıp merkezi

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Yedikule Göğüs Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Liv Hospital

Pendik bölge hastanesi

### **4.3. Varsayımlar ve Kısıtlar**

Çalışmada geçerli olabilecek varsayımlar ve kısıtlar aşağıda başlıklar halinde ele alınmıştır.

#### **Varsayımlar**

Çalışma aşağıda sayılan varsayımlara dayandırılmıştır:

- Çalışmada kullanılan ölçme aracının, araştırmanın amacını yerine getirebilecek özellikte olduğu varsayılacaktır.
- Çalışmaya katılanların, veri toplama aracı olan anket formundaki ifadeleri dürüst ve içtenlikle cevapladıkları varsayılmıştır.

- Çalışmadaki örneklemin evreni temsil bakımından yeterli olduğu varsayılmıştır.

## **Kısıtlar**

Çalışmanın aşağıda sayılan sınırlılıkları bulunmaktadır:

- Çalışma konu kapsamı açısından katılımcıların çalışma başlığı konularını algılama düzeyleri ile sınırlıdır.
- Çalışma, dönem açısından 2014 yıllarında görev yapan sağlık kurumu çalışanları ile sınırlıdır.
- Çalışma sonuçları 2014 yıllarında bazı sağlık kurumlarındaki sağlık çalışanlarının görüşleri ile sınırlıdır.
- Çalışma bulguları, çalışma anketini oluşturan sorular ile sınırlıdır.
- Çalışma sonuçları, araştırma için belirlenmiş amaçlar ile sınırlıdır.
- Çalışma bulguları amaçlara bağlı olarak kullanılan istatistiksel yöntemler ile sınırlıdır.

## **4.4. Verilerin Toplaması**

Veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Kullanılan Anket Formunun bir örneği ekte sunulmuştur.

Anket Formunda 3 bölüm bulunmaktadır:

- a) Demografik sorular Sağlık Kurumları ve çalışanları özellikleri (9 soru)
- b) Yapılan iş ya da görev ile ilgili sorular (8 soru)
- c) Ölçekler (26+18=44)

Anket Formu'nda 61 soru bulunmaktadır.

### **(a) Sağlık Kurumları ve çalışanları özellikleri**

Sağlık Kurumları ve çalışanları özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturur.

- Yaş Grubu
- Cinsiyet
- Branşı
- Yönetim Düzeyi (üst – orta – alt)
- Yönetim Kıdemi (yıl)
- İstihdam Düzeyi (500 kişiden az, 500 kişiden çok)
- Yıllık Ciro Düzeyi (2 milyar liradan az, 2 milyar liradan çok)
- Sağlık kurumu büyüklüğü (hastane – tıp merkezi – araştırma hastanesi)
- Sağlık kurumu türü (özel – resmi)

Sağlık Kurumları ve çalışanları özellikleri hakkındaki sorular araştırmacı tarafından geliştirilmiştir

### **(c) Yapılan iş ya da görev ile ilgili sorular**

Yapılan iş ya da görev ile ilgili sorular araştırmanın ara değişkenlerini oluşturur.

1. Kurumumuzda kadrolar kurum performansını arttıracak biçimde kullanılmaktadır
2. Tıp teknisyenlerinin ve laborantların hastalara açıklamaları doktorlarınkiler ile çelişmez
3. Hastanedeki bilgisayarlı haberleşme düzeni (hasta randevuları, personel devam çizelgesi gibi) kurum performansını etkilemez
4. Hastanedeki SGK ile ilgili bilgisayarlı haberleşme düzeni (muayene, teşhis, tetkik, tedavi-ilaç gibi) kurum performansını etkilemez
5. Kurumumuzda hasta muayene edilmeden reçete yazılmaz

6. Kurumumuzda bakış açısı hastalıklara yönelik değil hastaların iyilik durumu duymalarına yöneliktir
7. Kurumumuzda görev-yetki çatışması yoktur
8. Kurumumuzda mesleki ilkeler kurum ilkelerinden daha önemlidir

Yapılan iş ya da görev ile ilgili sorular araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Cevap seçenekleri 5-li Likert ölçeğine göre; Kesinlikle Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4) ve Kesinlikle Katılıyorum (5) olarak düzenlenmiştir.

#### (d) Ölçekler

Ölçeklerde yer alan sorular araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturur.

#### Kurumsallaşma İlkeleri Ölçeği

Kurumsallaşma İlkeleri Ölçeği Apaydın'ın (2007: 183-184) doktora tezi çalışmasından alınmıştır. Bu ölçeğin alt ölçekleri (a) formalleşme (4 soru), (b) profesyonelleşme (6 soru), (c) kültürel güç (5 soru) ve (d) tutarlılık (11 soru) olarak toplam 26 soruda ve 4 grupta değerlendirilmiştir. Cevap seçenekleri 5-li Likert ölçeğine göre; Kesinlikle Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4) ve Kesinlikle Katılıyorum (5) olarak düzenlenmiştir. Ölçeklerde ters anlamlı soru bulunmamaktadır.

Kurumsallaşmayı Ölçmede Kullanılan Değişkenler ve Kodlar

<b>KURUMSALLAŞMA ÖLÇEĞİ</b>	<b>Kod</b>
<b>Formalleşme</b>	<b>Kod</b>
Kurumumuzda güvenlik ve çalışma şartları gibi konularla ilgili çalışanlar için bilgi kitapçığı bulunmaktadır	F1
Kurumumuzda çalışanlar için yazılı operasyon talimatları bulunmaktadır	F2

Kurumumuzda yerleşik kurallara ve prosedürlere ait yazılı bir el kitapçığı bulunmaktadır	F3
Kurumumuzda görev tanımları yazılıdır	F4
<b>Profesyonelleşme</b>	<b>Kod</b>
Terfiler çalışanların işi görme becerilerine göre yapılmaktadır	P1
Profesyonel yöneticilerimiz yeni politikaların benimsenmesinden söz sahibidir	P2
Kurumumuzda uzmanlaşma vardır	P3
İşe yeni alınacak kişilerin belirlenmesinde profesyoneller söz sahibidir	P4
Kurumumuz profesyoneldir	P5
Çalışanlar işi yapmalarına ve yeteneklerine göre ödüllendirilmektedir	P6
<b>Kültürel güç</b>	<b>Kod</b>
Çalışanlar arasında zor konularda bile anlaşma sağlamak kolaydır	K1
Çalışanlar arasında işleri yapmanın doğru ve yanlış yolları ile ilgili açık bir anlaşma vardır	K2
Kurumumuzun farklı bölümlerinde çalışanlar aynı kurumsal bakış açısını paylaşmaktadır	K3
Kurum içindeki bölümlerde ve farklı (alt/üst) düzeylerde iyi bir amaç uyumu vardır	K4
Çalışanlarımız arasında kuruma güçlü bir bağlılık kültürü vardır	K5
<b>Tutarlılık</b>	<b>Kod</b>
Kurumumuzun stratejik hedefleri ve eylemleri (faaliyetleri) birbiriyle uyumludur	T1
Kurumumuzda işlerin akış süreçleri ile örgütümüzün yapısı uyumludur	T2
Kurumumuz tutarlıdır	T3

Kurumumuz paydaşlara (diğer kurumlara, müşterilere ve çalışanlara) verdiği sözleri tutmaktadır	T4
Kurumumuzun stratejileri ile iş süreçlerimiz birbirine uygundur	T5
Kurumumuz benzer durumlara karşı benzer tepkiler verir	T6
Kurumumuzda yönetsel kararlar vizyona, misyona ve stratejiye uygun biçimde alınmaktadır	T7
Kurumumuzda çalışanların teknik yeterlilikleri, iş süreçlerimiz ile uyumludur	T8
Kurumumuzda uygulanan bütün eylem, süreç ve yapılar dış denetçilere söylenenlerle aynıdır	T9
Kurumumuzda ödüllendirme ve cezalandırma benzer şartlarda herkese aynı uygulanmaktadır	T10
Kurumumuzun süreçleri ve yapısı aynı sektörde aynı işi yapan kurumlara benzemektedir	T11

### **Kurum Performansı Ölçeği**

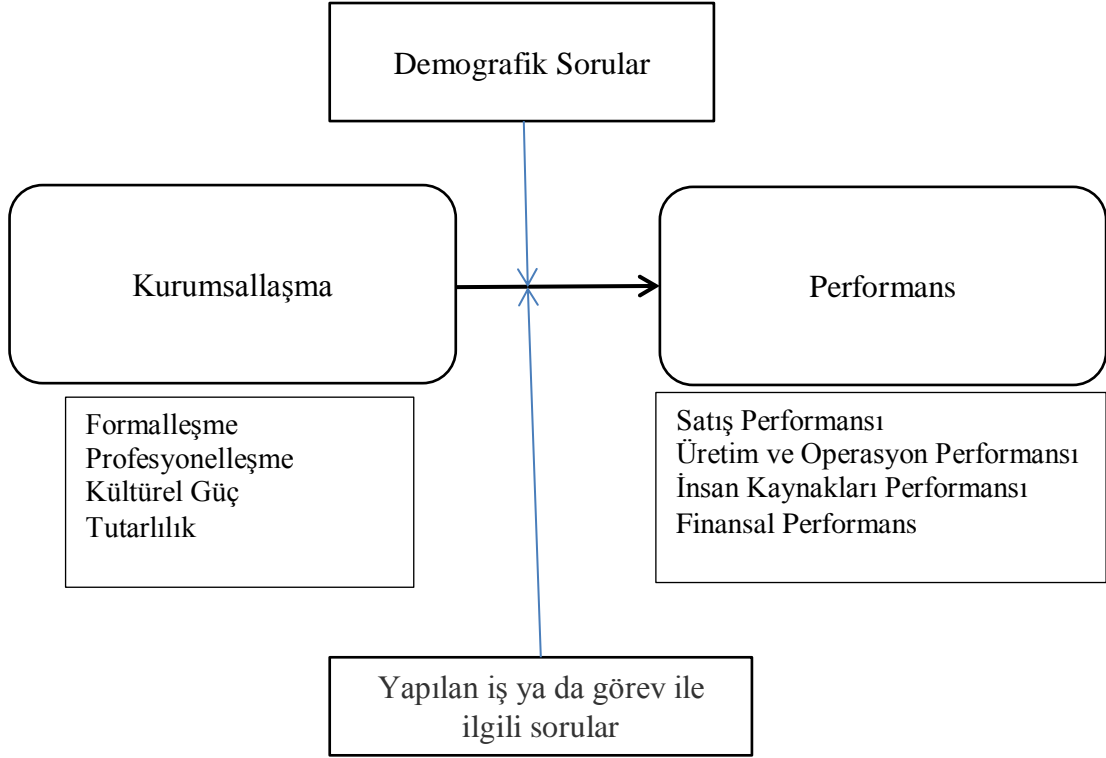
Kurum Performansı Ölçeği Alpkan, Ergün, Bulut ve Yılmaz'ın (2005: 181) çalışmasından ve Ergün'ün (2003: 200) doktora tezi çalışmasından alınmıştır. Satış Performansında 5 soru, Üretim ve Operasyon Performansında 6 soru, İnsan Kaynakları Performansında 3 soru ve Finansal Performans 'ta 4 soru olmak üzere toplam 4 performans grubunda 18 sorudan oluşmaktadır. Cevap seçenekleri 5-li Likert ölçeğine göre; Yetersiz (1), Ortalamanın altı (2), Ortalama (3), Ortalamanın üstü (4) ve Yüksek (5) olarak düzenlenmiştir. Ölçeklerde ters anlamlı soru bulunmamaktadır.

Kurum Performansını Ölçmede Kullanılan Değişkenler ve Kodlar

	<b>Kurum Performansı Ölçeği</b>	<b>KOD</b>
	Rakiplerinize kıyasla kurumumuzun son 3 yıl içindeki performansını nasıl değerlendirirsiniz?	
	<b>Satış Performansı</b>	
1	Satışların artışı veya gelirin artışı	SPER1
2	Pazar payındaki artış	SPER2
3	Müşteri memnuniyetindeki artış	SPER3
4	Müşteri sadakati	SPER4
5	Müşteriyi tanıma ve anlama	SPER5
	<b>Üretim ve Operasyon Performansı</b>	
6	Ürün tasarımı	ÜPER1
7	Yeni ürün geliştirme	ÜPER2
8	Üretimde esneklik	ÜPER3
9	Servis ve ürün kalitesinde gelişme	ÜPER4
10	Üretim maliyetlerinin düşüklüğü	ÜPER5
11	Teslimat hızı	ÜPER6
	<b>İnsan Kaynakları Performansı</b>	
12	Kaliteli işgücü	İKPER1
13	Çalışanların kuruma bağlılığı	İKPER2
14	Çalışanların iş tatmini	İKPER3
	<b>Finansal Performans</b>	
15	Ciro karlılığı (Kar/Toplam satışlar)	FİNPER1
16	Aktif karlılığı (Kar/Toplam varlıklar)	FİNPER2
17	Kurumun genel karlılık durumu (Kar/Öz sermaye)	FİNPER3
18	Kurumun genel performansı	FİNPER4

## 4.5. Araştırmanın Kavramsal Modeli ve Hipotezler

### 4.5.1. Kavramsal Model



Araştırmanın Kavramsal Modeli

### 4.5.2. Hipotezler

H1: Formalleşme, kurumsallaşma alt boyutları arasında kurum performansını en çok etkileyen alt boyuttur.

H2: Profesyonelleşmenin diğer kurumsallaşma alt boyutları bütünü üzerindeki etkisi, diğer her bir kurumsallaşma alt boyutunun diğer kurumsallaşma alt boyutlarının bütünü üzerindeki etkisinden çoktur.



## **4.6. Kullanılan Veri Analiz Teknikleri ve Gereçler**

### **Kullanılan Analiz Teknikleri**

Çalışmada kullanılan analiz teknikleri aşağıda sayılmaktadır:

#### **Betimsel Analizler**

- Merkezi dağılım ölçüleri (frekans analizleri)
- Merkezi eğilim ölçüleri (yüzde eğilim analizleri)

#### **Faktör Analizi (varimax rotasyonu ve temel bileşenler analizi ile)**

- Faktör Yükleri ve varyans analizi
- Güvenirlilik analizi
- Örneklem yeterliği analizi

#### **İlişki Analizleri**

- Çoklu regresyon analizi

#### **Farklılaşma Analizleri**

- Tek Yönlü Varyans ANOVA Analizi
- Çoklu Karşılaştırma Analizi

#### **Kullanılan Gereçler**

Çalışmada istatistik hesaplamaları için aşağıda sayılan bilgisayar programları kullanılacaktır:

- MS Excel 2007,

- SPSS (Statistical Package for Social Science) 22.0 Versiyon

## **5. ARAŞTIRMA SONUCU ELDE EDİLEN BULGULAR VE DEĞERLENDİRMELER**

### **5.1. Anketin 1. Bölümü: Araştırmaya Katılan Doktorların Demografik Özelliklerine Göre Analizi ve Değerlendirilmesi**

Demografik veriler aşağıdaki biçimde betimsel olarak incelenmiştir.

Betimsel olarak incelenen veriler

Yaş

Cinsiyet

Branş

Kıdem

Eğitim

Yönetim görevinin olup olmadığı

## Katılımcıların Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler		Frekans/Yüzde	
		Frekans	Yüzde
Yaş	35'ten küçük	42	36,5
	36'dan büyük	73	63,5
	<b>Toplam</b>	<b>115</b>	<b>100</b>
Cinsiyet	Kadın	77	67,0
	Erkek	38	33,0
	<b>Toplam</b>	<b>115</b>	<b>100</b>
Branş	Cerrahi-olmayan	58	50,4
	Cerrahi olan	49	42,6
	Diğer	8	7,0
	<b>Toplam</b>	<b>115</b>	<b>100</b>
Kıdem	15 yıldan az	65	56,5
	16 yıldan çok	50	43,5
	<b>Toplam</b>	<b>115</b>	<b>100</b>
Eğitim durumu	Uzman Dr. ve Dr.	106	92,2
	Doç. ve Prof.	9	7,8
	<b>Toplam</b>	<b>115</b>	<b>100</b>
Yönetim görevinin olup olmadığı	Yok	66	57,4
	Alt	3	2,6
	Orta	11	9,6
	Üst	35	30,4
	<b>Toplam</b>	<b>115</b>	<b>100</b>
Kurum tipi	Hastane	32	27,8
	Arş. Hastane	71	61,7
	Tıp Merkezi	12	10,4
	<b>Toplam</b>	<b>115</b>	<b>100</b>
Kurum türü	Özel	19	16,5
	Resmi	96	83,5
	<b>Toplam</b>	<b>115</b>	<b>100</b>

Ankete katılan doktorların yaş bilgileri iki grup altında toplanarak yukarıdaki tabloda verilmiştir. Araştırmaya katılan doktorların % 36,5'unun 35 yaşından küçük % 63,5'unun 35 yaşından büyük olduğu belirlenmiştir. Bu yaş grubu bilgileri mesleki kıdem bilgileri ile uyumluluk içindedir.

Ankete katılan doktorların cinsiyet bilgileri iki grup altında toplanarak yukarıdaki tabloda verilmiştir. Araştırmaya katılan doktorların % 67,0'unun erkek

olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların ise % 33 gibi azımsanmayacak bir kısmının kadın olması da meslekte kadın doktorların de desteklendiğini göstermektedir.

Ankete katılan doktorların kol bilgileri üç grup altında toplanarak aşağıdaki tabloda verilmiştir. Yukarıdaki tabloda verilen bilgilerden de görüleceği üzere doktorların % 42,6 cerrahi ve % 50,4 cerrahi olmayan branşlardan doktorların yaklaşık olarak eşit sayıda yer aldıkları görölmektedir.

Tablodaki diğer seçeneği henüz branşlaşmamış doktorların sayısını göstermektedir. Bu sonuçlara göre çeşitli branşlardan doktorların olması çalışanların özellikleri bakımından sağlık kurumlarının sağlam bir yapısı olduğunu göstermektedir.

Ankete katılan doktorların meslek ile ilgili kıdem bilgileri yukarıdaki tabloda betimsel olarak incelenmiştir. İki grup altında toplanarak yukarıdaki tabloda verilmiştir. Mesleki kıdem bilgileri araştırmaya katılan doktorların yaş bilgileri ile tutarlılık içindedir.

Ankete katılan doktorların eğitim bilgileri iki grup altında toplanarak yukarıdaki tabloda verilmiştir. Yukarıdaki tablonun incelenmesinden araştırmaya katılan doktorların % 92,2 gibi büyük çoğunluğunun uzman doktor oldukları görölmektedir. Araştırmaya katılan doktorlar arasında % 7,8 Prof. Dr. ve Doç. Dr. bulunması sağlık kurumlarının akademi ile ilgi derecesini ortaya koymaktadır. Ayrıca Prof.Dr. ve Doç. Dr. unvanına sahip katılımcılar sağlık kurumlarında karar verici, problem çözücü ve yol gösterici olarak önemli görevler üstlenmektedirler.

Ankete katılan doktorların hangi ölçüde yönetime katıldıkları yukarıdaki tabloda betimsel olarak incelenmiştir. Yukarıdaki tablonun incelenmesinden görüleceği üzere araştırmaya katılan doktorların dört düzeyde sağlık kurumlarında yer aldıkları görölmektedir.

Bu dört düzey:

a)yönetim görevi olmayan

b) alt kademe yönetici

c)orta kademe yönetici

d)üst kademe yöneticidir.

Tablonun ayrıntılı incelenmesinden araştırmaya katılan doktorların çoğunluğunun yönetim görevi üstlendikleri görölmektedir. Bununla birlikte % 57,4'ünün yönetim görevi üstlenmediği görölmektedir. Buradan araştırmaya katılan doktorların yarısına yakınının yönetim görevi almasının hastane yönetimi açısından doğal bir destekleyici süreç olduğu ortaya çıkabilir.

Ankete katılan doktorların hangi tip sağlık kurumlarında çalıştıklarına dair bilgi tabloda betimsel olarak incelenmiştir. Yukarıdaki tablonun incelenmesinden görüleceği üzere araştırmaya katılan doktorların çoğunun eğitim ve araştırma hastanelerinde çalıştıkları görölmektedir. Bunun yansıra araştırmaya katılan doktorların hastanelerde de yoğun olarak çalıştıkları görölmüştür. Bu oran araştırmaya katılanların üçte birinden çoğunu oluşturmaktadır.

Bu üç tip

a)Hastane

b)Araştırma hastanesi

c)Tıp merkezi olarak ele alınmıştır

Bu oranlar mümkün olduğunca çeşitli bir örnekleme ulaşılmaya çalışıldığını göstermektedir.

## 5.2. Anketin 2. Bölümü: Kurumsallaşmaya İlişkin İfadelerin Yüzdesel Değerlerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Aşağıdaki ifadeler özellikle sağlık sektöründe kurumsallaşmanın sağlanıp sağlanmadığını incelemek üzere araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Bu ifadelere verilen değerler aşağıdaki tabloda incelenmiştir.

Kurumsallaşmaya İlişkin İfadelerin Yüzdesel Değerlerin Analizi ve Değerlendirilmesi

	Ortalama	Standart Sapma
Kurumumuzda kadrolar kurum performansını arttıracak biçimde kullanılmaktadır	2,99	1,088
Tıp teknisyenlerinin ve laborantların hastalara açıklamaları doktorlarınkiler ile çelişmez	3,38	0,884
Hastanedeki bilgisayarlı haberleşme düzeni (hasta randevuları, personel devam çizelgesi gibi) kurum performansını etkilemez	2,69	1,180
Hastanedeki SGK ile ilgili bilgisayarlı haberleşme düzeni (muayene, teşhis, tetkik, tedavi-ilaç gibi) kurum performansını etkilemez	2,47	1,194
Kurumumuzda hasta muayene edilmeden reçete yazılmaz	3,46	1,095
Kurumumuzda bakış açısı hastalıklara yönelik değil hastaların iyilik durumu duymalarına yöneliktir	3,18	1,089
Kurumumuzda görev-yetki çatışması yoktur	3,23	1,103
Kurumumuzda mesleki ilkeler kurum ilkelerinden daha önemlidir	3,22	1,205
<b>Toplam</b>	<b>115</b>	<b>100</b>

Kurumsallaşmaya bağlı ifadelere verilen cevapların istatistiksel dağılımı yukarıdaki tabloda verilmektedir. Ortalama değerler incelendiğinde en yüksek değer ise 3,46 “Kurumumuzda hasta muayene edilmeden reçete yazılmaz “ ifadesinde gerçekleşmiştir. En düşük değer ise 2,47 ile “Hastanedeki SGK ile ilgili bilgisayarlı

haberleşme düzeni (muayene, teşhis, tetkik, tedavi-ilaç gibi) kurum performansını etkilemez” ifadesi ile gerçekleşmiştir.

“Tıp teknisyenlerinin ve laborantların hastalara açıklamaları doktorlarınkiler ile çelişmez” ifadesini araştırmaya katılan doktorların değerlendirmelerini ele alarak tıp teknisyenleri ve doktorların hastalara açıklamaları açısından bir tutarsızlık olmadığını göstermektedir.

“Hastanedeki bilgisayarlı haberleşme düzeni (hasta randevuları, personel devam çizelgesi gibi) kurum performansını etkilemez” ifadesine araştırmaya katılan doktorların yaptıkları değerlendirmeler yukarıdaki tabloda verilmiştir. Araştırmaya katılan doktora verilen şu ifadenin değerlendirmelerine yakından bakıldığında, genellikle katılmadıklarını belirtmişlerdir. Buna göre araştırmaya katılan doktorların elektronik haberleşme sistemlerinin kurum performansı üzerindeki etkisine katıldıkları anlaşılmaktadır. Elektronik haberleşme sistemlerini sadece sağlık kurumları iş süreçleri değil birçok başka sektör ve kurumun çalışmalarında da verime olumlu katkıda bulunduğu bir apriori gerçektir. Ancak bu arada birbirine çok yakın seyreden sağlık süreçlerinin elektronik haberleşme ile takip edilmesinin gerektiği de ortaya çıkmıştır. “Hastanedeki bilgisayarlı haberleşme düzeni (hasta randevuları, personel devam çizelgesi gibi) kurum performansını etkilemez” bu durum sadece belirli bir sağlık kurumu iç haberleşmesi için geçerli olmayıp geniş çaplı bir haberleşme düzeni için söz konusudur. Buna kurum dışı hatta ülke dışı haberleşmeyi dâhil etmek mümkündür. 3,38

“Hastanedeki SGK ile ilgili bilgisayarlı haberleşme düzeni (muayene, teşhis, tetkik, tedavi-ilaç gibi) kurum performansını etkilemez” ifadesine karşılık araştırmaya katılan doktorların verdiği değerlendirme yukarıdaki tabloda gösterilmiştir. “Hastanedeki SGK ile ilgili bilgisayarlı haberleşme düzeni (muayene, teşhis, tetkik, tedavi-ilaç gibi) kurum performansını etkilemez” ifadesi için araştırmaya katılan doktorların yaptıkları değerlendirmeye göre araştırmaya katılan doktorlar çoğunlukla bu ifadeye katılmamaktadırlar. Bunun nedeni devlet ile akçeli işlerin bunlara ait haberleşmenin olumlu sonuçlanmaması kesintiye uğraması ve/veya azaltılması sonucu çalışanlar kendi sağlık kurumlarının parasal bir zarar ile



karşılaşacaklarını düşünmektedirler. Öte yandan sağlık kurumları ile SGK arasındaki bu tür ilişkiler kurumsal düzeydedir. Devlet tarafından bazı duraksamalara uğratılmaları her ülkede olmaktadır. Bu bir kurumsal ilişki platformudur ve basit olan alışveriş mekanizmalarından farklıdır, kurumsaldır. Kurumlar bu durumu önceden hesaplayarak önlemlerini alırlar.

Yukarıdaki tablodan anlaşıldığı gibi “Kurumumuzda hasta muayene edilmeden reçete yazılmaz” ifadesine araştırmaya katılan doktorların çoğunun katıldığı görülmektedir. Araştırmaya katılan doktorların bu değerlendirmesi ülkemizdeki sağlık kurumlarının mikro düzeyde bazı önemli istismar olgularının görüldüğü anlaşılmaktadır. Kurumsal olmayan ve aşırı firma kollayıcı bu tür kötüye kullanmalar belirli bir bahaneye dayanmadan işin sosyo-ekopolitik bakış açılarının olgulara dökülmesi olarak yorumlanabilir. Yeni kurumsalcılıktan yeni liberalizme doğru saldırgan şekilde para kazanma yollarını denetleyici sağlık kurumları az ve etkisizdir. Bu tür işlemler sonrasında ülke sağlık sistemi zarar görür. En önemlisi ciddi denge kayıpları ile karşılaşarak yararlı olabilme özelliğini kaybeder.

“Kurumumuzda bakış açısı hastalıklara yönelik değil hastaların iyilik durumu duymalarına yöneliktir” ifadesine araştırmaya katılanlarının çoğunun katılıyorum şeklinde değerlendirdiği görülmüştür.

“Kurumumuzda görev-yetki çatışması yoktur” ifadesine araştırmaya katılan doktorlar çalıştıkları sağlık kurumlarında çalışanlara verilen görev ve yetkilerin çatışmadığı belirlenmiştir. Görevlilerin yetkili, yetkililerin de görevli olması durumu yüklenilen işin yapılması ve savunulması açısından önemlidir. Ancak görev ve yetkinin sağlık kurumlarında çatışmıyor olmasının da kurumsal bir gelenek olduğu açıktır.

“Kurumumuzda mesleki ilkeler kurum ilkelerinden daha önemlidir” ifadesine araştırmaya katılan doktorların çoğunun katıldığı yukarıdaki tablonun incelenmesinden anlaşılmaktadır. Bu durum mesleki ilkelerini önde tutabilmeleri, insan sağlığı gibi hayati öneme verilen önceliğin diğer kurumsal önceliklerden fazla olması olabilir. Ayrıca mesleki ilkelerinin daha iyi oturmuş olmasından gibi kurum

ilkelerinin zayıflamasından ya da kurum ilkelerinin önemlerini kaybetmelerinden kaynaklanabilir.

### 5.3. Anketin 3. Bölümü: Kurumsallaşmanın Alt Boyutlarına İlişkin Yüzdesele Değerlerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Kurumsallaşmanın alt boyutlarına verilen cevapların ortalamaları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Kurumsallaşmanın Alt Boyutlarından Formalleşmeye İlişkin Ortalama ve Standart Sapmaları

	Kurumsallaşma Ölçeği		
		Ortalama	Standart Sapma
	<b>Formalleşme</b>		
1	Kurumumuzda güvenlik ve çalışma şartları gibi konularla ilgili çalışanlar için bilgi kitapçığı bulunmaktadır	2,88	1,077
2	Kurumumuzda çalışanlar için yazılı operasyon talimatları bulunmaktadır	3,23	1,077
3	Kurumumuzda yerleşik kurallara ve prosedürlere ait yazılı bir el kitapçığı bulunmaktadır	2,93	1,137
4	Kurumumuzda görev tanımları yazılıdır	3,23	1,052

Formalleşme ölçeğine bağlı birinci soruya verilen cevapların istatistiksel dağılımı yukarıdaki tabloda verilmektedir. Formalleşme ölçeğine ilişkin ortalama değerleri incelendiğinde en yüksek değer ise 3,23 “Kurumumuzda görev tanımları yazılıdır “ ve “Kurumumuzda çalışanlar için yazılı operasyon talimatları bulunmaktadır” ifadesinde gerçekleşmiştir. En düşük değer ise 2,88 ile

“Kurumumuzda yerleşik kurallara ve prosedürlere ait yazılı bir el kitapçığı bulunmaktadır” ifadesi ile gerçekleşmiştir. Formalleşme genel olarak ortalama değerden (5’li Likert değerlendirmesine göre 3) yüksek değer aldığı görülmektedir.

Kurumsallaşmanın Alt Boyutlarından Profesyonelleşmeye İlişkin Ortalama ve Standart Sapmaları

<b>Kurumsallaşma Ölçeği</b>			
		<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>
<b>Profesyonelleşme</b>			
5	Terfiler çalışanların işi görme becerilerine göre yapılmaktadır	2,87	1,181
6	Profesyonel yöneticilerimiz yeni politikaların benimsenmesinden söz sahibidir	3,24	1,081
7	Kurumumuzda uzmanlaşma vardır	<b>3,42</b>	0,982
8	İşe yeni alınacak kişilerin belirlenmesinde profesyoneller söz sahibidir	3,04	1,095
9	Kurumumuz profesyoneldir	3,06	1,086
10	Çalışanlar işi yapmalarına ve yeteneklerine göre ödüllendirilmektedir	<b>2,83</b>	1,164

Profesyonelleşme ölçeğine bağlı bir numaralı soruya verilen cevapların istatistiksel dağılımı yukarıdaki tabloda verilmektedir. Profesyonelleşme ölçeğine ilişkin ortalama değerleri incelendiğinde en yüksek değer ise 3,42 “Kurumumuzda uzmanlaşma vardır” ifadesinde gerçekleşmiştir. En düşük değer ise 2,83 ile “Çalışanlar işi yapmalarına ve yeteneklerine göre ödüllendirilmektedir” ifadesi ile

gerçekleşmiştir. Profesyoneleşmenin genel olarak ortalama değerden (5’li Likert değerlendirmesine göre 3) yüksek değer aldığı görülmektedir.

Kurumsallaşmanın Alt Boyutlarından Kültürel Güce İlişkin Ortalama ve Standart Sapmaları

	<b>Kurumsallaşma Ölçeği</b>		
		<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>
	<b>Kültürel güç</b>		
11	Çalışanlar arasında zor konularda bile anlaşma sağlamak kolaydır	3,03	1,072
12	Çalışanlar arasında işleri yapmanın doğru ve yanlış yolları ile ilgili açık bir anlaşma vardır	2,99	1,104
13	Kurumumuzun farklı bölümlerinde çalışanlar aynı kurumsal bakış açısını paylaşmaktadır	<b>2,97</b>	1,116
14	Kurum içindeki bölümlerde ve farklı (alt/üst) düzeylerde iyi bir amaç uyumu vardır	<b>3,24</b>	1,048
15	Çalışanlarımız arasında kuruma güçlü bir bağlılık kültürü vardır	3,1	1,116

Kültürel Güç ölçeğine verilen cevapların istatistiksel dağılımı aşağıdaki tabloda verilmektedir. Kültürel güç ölçeğine ilişkin ortalama değerleri incelendiğinde en yüksek değer ise 3,24 “Kurum içindeki bölümlerde ve farklı (alt/üst) düzeylerde iyi bir amaç uyumu vardır” ifadesinde gerçekleşmiştir. En düşük değer ise 2,97 ile “Kurumumuzun farklı bölümlerinde çalışanlar aynı kurumsal bakış açısını paylaşmaktadır“ ifadesi ile gerçekleşmiştir. Kültürel Gücün genel olarak ortalama değerden (5’li Likert değerlendirmesine göre 3) yüksek değer aldığı görülmektedir.

Kurumsallaşmanın Alt Boyutlarından Tutarlılığa İlişkin Ortalama ve Standart Sapmaları

<b>Kurumsallaşma Ölçeği</b>			
		<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>
<b>Tutarlılık</b>			
	Kurumumuzun stratejik hedefleri ve eylemleri (faaliyetleri) birbiriyle uyumludur	<b>3,04</b>	1,012
16	Kurumumuzda işlerin akış süreçleri ile örgütümüzün yapısı uyumludur	3,09	1,014
17	Kurumumuz tutarlıdır	3,15	1,002
18	Kurumumuz paydaşlara (diğer kurumlara, müşterilere ve çalışanlara) verdiği sözleri tutmaktadır	3,2	1,086
19	Kurumumuzun stratejileri ile iş süreçlerimiz birbirine uygundur	3,11	1,033
20	Kurumumuz benzer durumlara karşı benzer tepkiler verir	3,22	1,114
21	Kurumumuzda yönetsel kararlar vizyona, misyona ve stratejiye uygun biçimde alınmaktadır	3,06	1,062
22	Kurumumuzda çalışanların teknik yeterlilikleri, iş süreçlerimiz ile uyumludur	3,18	1,113
23	Kurumumuzda uygulanan bütün eylem, süreç ve yapılar dış denetçilere söylenenlerle aynıdır	3,3	1
24	Kurumumuzda ödüllendirme ve cezalandırma benzer şartlarda herkese aynı uygulanmaktadır	3,33	1,024
25	Kurumumuzun süreçleri ve yapısı aynı sektörde aynı işi yapan kurumlara benzemektedir	<b>3,45</b>	0,939

Tutarlılık ölçeğine verilen cevapların istatistiksel dağılımı yukarıdaki tabloda verilmektedir. Tutarlılık ölçeğine ilişkin ortalama değerleri incelendiğinde en yüksek değer ise 3,45 “Kurumumuzun süreçleri ve yapısı aynı sektörde aynı işi yapan firmalara benzemektedir “ ifadesinde gerçekleşmiştir. En düşük değer ise 3,04 ile “Kurumumuzun stratejik hedefleri ve eylemleri (faaliyetleri) birbiriyle uyumludur” ifadesi ile gerçekleşmiştir. Tutarlılığın genel olarak ortalama değerden (5’li Likert değerlendirmesine göre 3) yüksek değer aldığı görülmektedir.

#### 5.4. Anketin 4. Bölümü: Araştırmaya Katılan Doktorların Çalıştıkları Sağlık Kurumlarının Performansına İlişkin Cevaplarının Analizi ve Değerlendirilmesi

Kurum Performansı ölçeğine bağlı sorulara verilen cevapların istatistiksel dağılımı aşağıdaki tablolarda verilmektedir.

Araştırmaya Katılan Doktorların Çalıştıkları Sağlık Kurumlarının Satış Performansına İlişkin Cevapları

<b>Kurum Performansı Ölçeği</b>			
	Rakiplerinize kıyasla kurumumuzun son 3 yıl içindeki performansını nasıl değerlendirirsiniz?	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>
	<b>Satış Performansı</b>		
1	Satışların artışı veya gelirin artışı	<b>3,04</b>	0,842
2	Pazar payındaki artış	3,07	0,814
3	Müşteri memnuniyetindeki artış	3,23	0,879
4	Müşteri sadakati	<b>3,24</b>	0,884
5	Müşteriyi tanıma ve anlama	3,26	0,879

Satış Performansı ölçeğine verilen cevapların istatistiksel dağılımı yukarıdaki tabloda verilmektedir. Satış performansına ilişkin ortalama değerleri incelendiğinde en yüksek değer ise 3,24 ile “Müşteri sadakati” ifadesinde gerçekleşmiştir. En düşük değer ise 3,04 ile “Satışların artışı veya gelirin artışı” ifadesi ile gerçekleşmiştir. Satış performansının genel olarak ortalama değerden (5’li Likert değerlendirmesine göre 3) yüksek değer aldığı görülmektedir.

Araştırmaya Katılan Doktorların Çalıştıkları Sağlık Kurumlarının Üretim ve Operasyon Performansına İlişkin Cevapları

<b>Kurum Performansı Ölçeği</b>			
	Rakiplerinize kıyasla kurumumuzun son 3 yıl içindeki performansını nasıl değerlendirirsiniz?	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>
	<b>Üretim ve Operasyon Performansı</b>		
6	Ürün tasarımı	3,14	0,907
7	Yeni ürün geliştirme	<b>3,03</b>	0,968
8	Üretimde esneklik	3,1	0,968
9	Servis ve ürün kalitesinde gelişme	3,06	0,851
10	Üretim maliyetlerinin düşüklüğü	3,13	0,909
11	Teslimat hızı	<b>3,22</b>	0,864

Üretim ve Operasyon Performansı ölçeğine verilen cevapların istatistiksel dağılımı yukarıdaki tabloda verilmektedir. Üretim ve Operasyon Performansı ölçeğine ilişkin ortalama değerleri incelendiğinde en yüksek değer ise 3,22 ile “Teslimat hızı” ifadesinde gerçekleşmiştir. En düşük değer ise 3,03 ile “Yeni ürün geliştirme” ifadesi ile gerçekleşmiştir. Üretim ve Operasyon Performansı genel olarak ortalama değerden (5’li Likert değerlendirmesine göre 3) yüksek değer aldığı görülmektedir.



Araştırmaya Katılan Doktorların Çalıştıkları Sağlık Kurumlarının İnsan Kaynakları Performansına İlişkin Cevapları

<b>Kurum Performansı Ölçeği</b>			
	Rakiplerinize kıyasla kurumumuzun son 3 yıl içindeki performansını nasıl değerlendirirsiniz?	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>
	<b>İnsan Kaynakları Performansı</b>		
12	Kaliteli işgücü	<b>3,22</b>	0,971
13	Çalışanların kuruma bağlılığı	3,15	0,929
14	Çalışanların iş tatmini	<b>2,9</b>	1,068
	<b>Toplam</b>	<b>115</b>	<b>100</b>

İnsan Kaynakları Performansı ölçeğine verilen cevapların istatistiksel dağılımı aşağıdaki tabloda verilmektedir. İnsan Kaynakları Performansı ölçeğine verilen cevapların istatistiksel dağılımı aşağıdaki tabloda verilmektedir. İnsan Kaynakları Performansı ölçeğine ilişkin ortalama değerleri incelendiğinde en yüksek değer ise 3,22 ile “Kaliteli işgücü” ifadesinde gerçekleşmiştir. En düşük değer ise 2,9 ile “Çalışanların iş tatmini” ifadesi ile gerçekleşmiştir. İnsan Kaynakları Performansı genel olarak ortalama değerden (5’li Likert değerlendirmesine göre 3) yüksek değer aldığı görülmektedir.

Araştırmaya Katılan Doktorların Çalıştıkları Sağlık Kurumlarının Finansal Performansına İlişkin Cevapları

<b>Kurum Performansı Ölçeği</b>			
	Rakiplerinize kıyasla kurumumuzun son 3 yıl içindeki performansını nasıl değerlendirirsiniz?	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>
	<b>Finansal Performans</b>		
15	Ciro karlılığı (Kar/Toplam satışlar)	3,12	0,9
16	Aktif karlılığı (Kar/Toplam varlıklar)	<b>3,15</b>	0,808
17	Kurumun genel karlılık durumu (Kar/Öz sermaye)	<b>3,05</b>	0,846
18	Kurumun genel performansı	3,13	0,822

Finansal Performans ölçeğine verilen cevapların istatistiksel dağılımı yukarıdaki tabloda verilmektedir. Finansal Performans ölçeğine verilen cevapların istatistiksel dağılımı yukarıdaki tabloda verilmektedir. Finansal Performans ölçeğine ilişkin ortalama değerleri incelendiğinde en yüksek değer ise 3,15 ile “Aktif karlılığı (Kar/Toplam varlıklar)” ifadesinde gerçekleşmiştir. En düşük değer ise 3,05 ile “Kurumun genel karlılık durumu (Kar/Öz sermaye)” ifadesi ile gerçekleşmiştir. Finansal Performansın genel olarak ortalama değerden (5’li Likert değerlendirmesine göre 3) yüksek değer aldığı görülmektedir.

## 5.5. Faktör Analizi ve Güvenirlik Analizi Sonuçları ve Değerlendirilmesi

Faktör analizinin genel amacı çok sayıdaki orijinal değişkenden toplanan bilgilerden faydalanarak yeni ve daha az sayıda boyutlar veya faktörler seti oluşturmaktır (Gegez, 2010: 316).

Faktör analizi yapmadan önce verilerin faktör analizi yapılmaya uygun olduğunu saptamak için KMO ve Barlett Testi yapılmıştır. KMO değeri olarak 0,5-1,0 arası değerler kabul edilebilir olarak değerlendirilirken, 0,5'in altındaki değerler faktör analizinin söz konusu veriler seti için uygun olmadığını göstergesidir. Araştırmacılar için tatminkâr olarak düşünülen asgari KMO değeri 0,7'dir. (Altunışık, 2010: 266).

Faktör analizi, birbirleriyle orta düzeyde ya da oldukça ilişkili değişkenleri birleştirerek az sayıda ancak bağımsız değişken kümesi oluşturmayı sağlamaktadır. Böylece pek çok değişkenin birkaç küme ya da boyuta indirgenmesi mümkün olmaktadır. Bu boyut ya da kümelerden her birine faktör adı verilir( Tavşancıl, 2006: 97).

Aşağıdaki tabloda KMO ve Barlett testinin sonuçları gösterilmiştir.

KMO ve Barlett Testleri Sonuç Tablosu

KMO ve Barlett's Test Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Uyum Testi		
KMO ve Barlett's Test Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Uyum Testi		,859
Barlett Testi	Yaklaşık Ki-Kare	4172,328
	df	946
	Sig.	0,000

Tablo incelendiğinde KMO testindeki 0,859 değeri örnek büyüklüğünün yeterli olduğunu gösterirken, Barlett testinin sonucu da 4172,328 ve  $p=0,00$  güven

seviyesinde anlamlı bulunmuştur. Dolayısıyla verilerin faktör analizine uygun olduğu ifade edilebilir.

Anket çalışmasında kullanılan ifadelerin, faktör analizine uygunluğunun tespit edilmiş olmasıyla bu ifadelerin toplanacağı boyutların ve söz konusu boyutların varyanslarının görülebilmesi amacıyla faktör analizi uygulanmıştır.

Varimax Döndürmesinden Sonra Faktörlerin Öz Değerleri ve Varyansı Açıklama Yüzdeleri

Faktörler				Varimax Döndürmesi	
	Özdeğerler	Açıklama Yüzdesi	Total	Açıklanan Varyans	Birikimli Yüzde
1	15,747	35,788	15,747	15,072	15,072
2	6,366	14,469	6,366	12,753	27,825
3	2,079	4,724	2,079	11,860	39,685
4	1,902	4,324	1,902	8,269	47,954
5	1,673	3,803	1,673	7,797	55,751
6	1,436	3,264	1,436	7,260	63,011
7	1,185	2,694	1,185	4,640	67,651
8	1,010	2,294	1,010	3,707	71,359
9	,945	2,147			
10	,909	2,066			
11	,827	1,879			
12	,796	1,809			
13	,698	1,587			
14	,658	1,495			
15	,641	1,456			
16	,596	1,354			
17	,574	1,304			
18	,480	1,092			
19	,463	1,053			
20	,430	,978			
21	,393	,894			
22	,372	,845			
23	,355	,807			
24	,341	,774			
25	,309	,703			
26	,288	,654			
27	,271	,615			
28	,250	,568			
29	,245	,557			

30	,214	,487			
31	,186	,423			
32	,183	,416			
33	,157	,356			
34	,150	,340			
35	,135	,306			
36	,125	,285			
37	,109	,247			
38	,104	,236			
39	,085	,193			
40	,079	,180			
41	,070	,159			
42	,062	,140			
43	,058	,132			
44	,045	,103			

8 faktörlü model tarafından toplam varyansın % 71,359'ı açıklanmıştır. Varimax döndürmesi ile 1. Faktör toplam varyansın % 15,072'sini, 2. Faktör % 12,753'ünü, 3. Faktör % 11,860'mı, 4. Faktör % 8,269'mı, 5. Faktör % 7,797'sini, 6. Faktör % 7,260'mı, 6. Faktör % 4,640'mı, 7. Faktör % 6,810'unu ve son olarak 8. Faktör % 3,707'sini açıklamaktadır.

Faktör analizi sonucu ortaya çıkan faktör grupları ve faktör yükleri tabloda gösterilmektedir. Tablodaki faktör yükleri incelendiğinde 8 faktörün de, sosyal bilimlerde eşik değer olarak kabul edilen 0,30'dan büyük oldukları görülmektedir. Belirtilen faktör yüklerinde minimum değer 0,3707, maksimum değer de 15,072'dir. Bir değişkenin, ilgili faktördeki yükü ile diğer faktörlerdeki yükleri arasında büyük farklar vardır. Elde edilen bu değerlerle 8 faktörlü ölçeğin yapı ve kavram geçerliliklerinin sağlandığı görülmektedir.

Açılanan Varyans ve Cronbach Alpha Değerleri

<b>İfadeler</b>	<b>Açılanan Varyans(%)</b>	<b>Cronbach Alpha</b>
<b>Formalleşme</b>	15,747	<b>0,853</b>
Kurumumuzda güvenlik ve çalışma şartları gibi konularla ilgili çalışanlar için bilgi kitapçığı bulunmaktadır		
Kurumumuzda çalışanlar için yazılı operasyon talimatları bulunmaktadır		
Kurumumuzda yerleşik kurallara ve prosedürlere ait yazılı bir el kitapçığı bulunmaktadır		
Kurumumuzda görev tanımları yazılıdır		
<b>Profesyonelleşme</b>	6,366	<b>0,885</b>
Terfiler çalışanların işi görme becerilerine göre yapılmaktadır		
Profesyonel yöneticilerimiz yeni politikaların benimsenmesinden söz sahibidir		
Kurumumuzda uzmanlaşma vardır		
İşe yeni alınacak kişilerin belirlenmesinde profesyoneller söz sahibidir		
Kurumumuz profesyoneldir		
Çalışanlar işi yapmalarına ve yeteneklerine göre ödüllendirilmektedir		
<b>Kültürel güç</b>	2,079	<b>0,852</b>
Çalışanlar arasında zor konularda bile anlaşma sağlamak kolaydır		
Çalışanlar arasında işleri yapmanın doğru ve yanlış yolları ile ilgili açık bir anlaşma vardır		
Kurumumuzun farklı bölümlerinde çalışanlar aynı kurumsal bakış açısını paylaşmaktadır		
Kurum içindeki bölümlerde ve farklı (alt/üst) düzeylerde iyi bir amaç uyumu vardır		
Çalışanlarımız arasında kuruma güçlü bir bağlılık kültürü vardır		
<b>Tutarlılık</b>	1,902	<b>0,908</b>
Kurumumuzun stratejik hedefleri ve eylemleri (faaliyetleri) birbiriyle uyumludur		
Kurumumuzda işlerin akış süreçleri ile örgütümüzün yapısı uyumludur		
Kurumumuz tutarlıdır		

Kurumumuz paydaşlara (diğer kurumlara, müşterilere ve çalışanlara) verdiği sözleri tutmaktadır		
Kurumumuzun stratejileri ile iş süreçlerimiz birbirine uygundur		
Kurumumuz benzer durumlara karşı benzer tepkiler verir		
Kurumumuzda yönetsel kararlar vizyona, misyona ve stratejiye uygun biçimde alınmaktadır		
Kurumumuzda çalışanların teknik yeterlilikleri, iş süreçlerimiz ile uyumludur		
Kurumumuzda uygulanan bütün eylem, süreç ve yapılar dış denetçilere söylenenlerle aynıdır		
Kurumumuzda ödüllendirme ve cezalandırma benzer şartlarda herkese aynı uygulanmaktadır		
Kurumumuzun süreçleri ve yapısı aynı sektörde aynı işi yapan kurumlara benzemektedir		
<b>Satış Performansı</b>	1,673	<b>0,89</b>
Satışların artışı veya gelirin artışı		
Pazar payındaki artış		
Müşteri memnuniyetindeki artış		
Müşteri sadakati		
Müşteriyi tanıma ve anlama		
<b>Üretim ve Operasyon Performansı</b>	1,436	<b>0,921</b>
Ürün tasarımı		
Yeni ürün geliştirme		
Üretimde esneklik		
Servis ve ürün kalitesinde gelişme		
Üretim maliyetlerinin düşüklüğü		
Teslimat hızı		
<b>İnsan Kaynakları Performansı</b>	1,185	<b>0,791</b>
Kaliteli işgücü		
Çalışanların kuruma bağlılığı		
Çalışanların iş tatmini		
<b>Finansal Performans</b>	1,01	<b>0,9</b>
Ciro karlılığı (Kar/Toplam satışlar)		
Aktif karlılığı (Kar/Toplam varlıklar)		
Kurumun genel karlılık durumu (Kar/Öz sermaye)		
Kurumun genel performansı		

Araştırmada katılımcıların kurumsallaşma ve kurum performansına ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik kullanılan ölçeğe ilişkin gerçekleştirilen güvenirlik analizi sonucunda ölçeğin alt boyutları itibariyle Cronbach Alpha değerleri incelendiğinde, ölçeğin iç tutarlılığa sahip olduğu grlmektedir ( $\alpha > 0,60$ ).



## 5.6. Araştırmanın Regresyon Testleri Analizi Sonuçları ve Hipotezlerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın iki ana hipotezi vardır. Bunlarla ilgili yapılan çoklu regresyon analizleri aşağıda verilmiştir. Regresyon analizinde bir değişkendeki değişmelerin ikiden fazla değişken kullanılarak açıklanması sağlanır. Regresyon değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkisinin ve bu ilişkinin derecesinin bulunmasına imkân verir. Regresyon modelinde bir bağımlı ve birden fazla bağımsız değişkenin bulunduğu ana kütle çoklu regresyon modeli aşağıdaki şekilde gösterilebilir (Tekin, 2009: 128).

$$Y_i = \beta_1 + \beta_2 X_{i1} + \beta_3 X_{i2} \dots + \beta_k X_{ik} + \varepsilon_i$$

Bu modelde  $Y_i$  bağımlı değişkeni;  $X_{i1}, X_{i2} \dots + X_{ik}$  ise bağımsız değişkendir.  $\varepsilon_i$  ise hata terimidir (Turanlı ve Güriş, 2012: 612).

Modelin açıklayıcılık yüzdesini  $R^2$  belirtir. Modelde bulunan her bir açıklayıcı değişkenin  $Y$  üzerindeki etkisinin önemliliği  $t$ 'lerin önemliliğinin test edilmesi ile belirlenir. (Özdamar, 2002: 565)

Çoklu regresyon denklemi kullanılarak bağımlı değişkenin belirlenmesinde” her bir bağımsız değişkenin göreceli önemi saptanır. Çoklu doğrusal regresyon ile basit doğrusal regresyon arasındaki en temel fark, her bir değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkileri eş zamanlı ortaya koymasıdır (Alpar, 2003: 231).

Akbulut (2011: 60) regresyon analizinde bağımlı değişkeni yordayan değişken (tahmin değişkeni), bağımsız değişkeni ise yordanan değişken (sonuç değişkeni) olarak tanımlamaktadır.

H1: Formalleşme, kurumsallaşma alt boyutları arasında kurum performansını en çok etkileyen alt boyuttur.

Formalleşme Çoklu Regresyon Modeli Model Özeti

Model	R	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş	Yaklaşık Standart Hata
			R <sup>2</sup>	
1	,339 <sup>a</sup>	0,115	<b>0,082</b>	0,95789

Düzeltilmiş R<sup>2</sup> değeri (Formalleşme) = 0,082 'dir.

Formalleşme Ölçeği ANOVA Tablosu

Model		Kareler Toplamı	df	Ortalamaların Karesi	F	Sig.
1	Regresyon	13,069	4	3,267	3,561	<b>,009<sup>b</sup></b>
	Artık	100,931	110	0,918		
	Toplam	114	114			

ANOVA tablosu incelenerek anlamlılık değeri incelenmiştir. Anlamlılık seviyesi, çıkartımsal hipotez sınama yönteminin kurulması sırasında kullanılan bir bilimsel ve istatistiksel terimdir. Eğer bir sonucun gerçekleşme olasılık değerlendirilmesine göre olabirliği düşük değil ise istatistiksel anlamlılık ortaya çıkar. Araştırmalarda genellikle anlamlılık seviyesi %5 (0,05) olarak alınır (Altunışık, R. vd. 2004: 43)

Formalleşme Çoklu Regresyon Modeli için Katsayılar

Model		Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	Sig.
		B	Standart Hata	Beta		
1	(Sabit)	<b>2,64E-17</b>	0,089		0	1
	SPER	<b>-0,167</b>	0,09	-0,167	-1,847	0,067
	ÜPER	<b>0,171</b>	0,134	0,171	1,271	0,206
	İKPER	<b>0,103</b>	0,126	0,103	0,818	0,415
	FİNPER	<b>0,07</b>	0,123	0,07	0,565	0,573

Bağımlı Değişken: FORMAL

Yukarıdaki tabloda aşağıdaki çoklu regresyon verilen sonuçlara göre, modeli açısından formalleşmeyi tanımlamak için aşağıdaki gibi yazılabilir:

Formalleşme = 2,640E-17 - 0,167 Satış Performansı + 0,171 Üretim ve operasyon Performansı + 0,103 İnsan Kaynakları Performansı + 0,070 Finansal Performans

Formalleşme bir birim arttığında satış performansı 0,167 birim düşmektedir, üretim ve operasyon performansı 0,171 birim artmaktadır, insan kaynakları performansı 0,103 birim artmaktadır ve finansal performans 0,070 birim artmaktadır.

Profesyonelleşme Çoklu Regresyon Modeli Model Özeti

Model	R	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	Yaklaşık Standart Hata
1	,470 <sup>a</sup>	,221	,193	,89838255

Bağımsız Değişkenler: (Sabit), FİNPER, SPER, İKPER, ÜPER

Düzeltilmiş R<sup>2</sup> değeri (Profesyonelleşme) = 0,193'dir

Profesyonelleşme Ölçeği ANOVA Tablosu

Model		Kareler Toplamı	df	Ortalamaların Karesi	F	Sig.
1	Regresyon	25,220	4	6,305	7,812	,000 <sup>b</sup>
	Artık	88,780	110	,807		
	Total	114,000	114			

Bağımlı Değişken: PROF

Bağımsız Değişkenler: FİNPER, SPER, İKPER, ÜPER

ANOVA tablosu incelenerek anlamlılık değeri incelenmiştir.

Sig = ,000 ≤ 0,05 olduğundan model anlamlıdır.

Profesyonelleşme Çoklu Regresyon Modeli için Katsayılar

Model		Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış İş Katsayılar	t	Sig.
		B	Standart Hata	Beta		
1	(Sabit)	<b>5,657E-17</b>	,084		,000	1,000
	SPER	<b>,016</b>	,085	,016	,194	,847
	ÜPER	<b>,143</b>	,126	,143	1,136	,258
	İKPER	<b>,104</b>	,118	,104	,881	,380
	FINPER	<b>,284</b>	,116	,284	2,454	,016

Bağımlı Değişken: PROF

Profesyonelleşme = 5,657E-17 + 0,16 Satış Performansı + 0,143 Üretim ve Operasyon Performansı + 0,104 İnsan Kaynakları Performansı + 0,184 Finansal Performans

Profesyonelleşme bir birim arttığında satış performansı 0,16 birim, üretim ve operasyon performansı 0,143 birim, insan kaynakları performansı 0,104 birim finansal performans 0,184 birim artmaktadır. Profesyonelleşme arttığında en çok finansal performans artmaktadır.

Kültürel Güç Çoklu Regresyon Modeli Model Özeti

Model	R	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	Yaklaşık Standart Hata
1	,460 <sup>a</sup>	,211	<b>,183</b>	,90412921

Bağımsız Değişkenler: (Sabit), FINPER, SPER, İKPER, ÜPER

Düzeltilmiş R<sup>2</sup> değeri (Kültürel Güç) = 0,183

Kültürel Güç Ölçeği ANOVA Tablosu

Model		Kareler Toplamı	df	Ortalamaların Karesi	F	Sig.
1	Regresyon	24,081	4	6,020	7,365	<b>,000<sup>b</sup></b>
	Artık	89,919	110	,817		
	Total	114,000	114			

Bağımlı Değişken: KULTUR

b. Bağımsız Değişkenler: FİNPER, SPER, İKPER, ÜPER

ANOVA tablosu incelenerek anlamlılık değeri incelenmiştir.

Sig = ,000  $\leq$  0,05 olduğundan model anlamlıdır.

Kültürel Güç Çoklu Regresyon Modeli için Katsayılar

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış İş Katsayılar	t	Sig.	
	B	Standart Hata	Beta			
1	(Sabit)	<b>-4,649E-18</b>	,084		,000	1,000
	SPER	<b>-,042</b>	,085	-,042	-,496	,621
	ÜPER	<b>-,046</b>	,127	-,046	-,359	,720
	İKPER	<b>,059</b>	,119	,059	,491	,624
	FİNPER	<b>,452</b>	,116	,452	3,885	,000

Bağımlı Değişken: KULTUR

Kültürel Güç = -4,649E-18 - 0,042 Satış Performansı – 0,046 Üretim ve Operasyon Performansı + 0,059 İnsan Kaynakları Performansı + 0,452 Finansal Performans

Kültürel güç bir birim arttığında satış performansı 0,042 birim azalmaktadır, üretim ve operasyon performansı 0,046 azalmaktadır, insan kaynakları performansı 0,059 birim artmaktadır ve finansal performans 0,452 birim artmaktadır.

Tutarlılık Çoklu Regresyon Modeli Model Özeti

Model	R	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	Yaklaşık Standart Hata
1	,518 <sup>a</sup>	,268	<b>,242</b>	,87070058

Bağımsız Değişkenler: (Sabit), FİNPER, SPER, İKPER, ÜPER

Düzeltilmiş R<sup>2</sup> değeri (Tutarlılık) = 0,183

Tutarlılık Ölçeği ANOVA Tablosu

Model	Kareler Toplamı	df	Ortalamaların Karesi	F	Sig.
1 Regresyon	30,607	4	7,652	10,093	,000 <sup>b</sup>
Artık	83,393	110	,758		
Total	114,000	114			

Bağımlı Değişken: TUTAR

b. Bağımsız Değişkenler: FİNPER, SPER, İKPER, ÜPER

ANOVA tablosu incelenerek anlamlılık değeri incelenmiştir.

Sig = ,000  $\leq$  0,05 olduğundan model anlamlıdır.

Tutarlılık Çoklu Regresyon Modeli için Katsayılar

Model		Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış	t	Sig.
		B	Standart Hata	İş Katsayılar		
1	(Sabit)	-3,332E-17	,081		,000	1,000
	SPER	-,019	,082	-,019	-,230	,819
	ÜPER	,058	,122	,058	,472	,638
	İKPER	,052	,115	,052	,451	,653
	FİNPER	,445	,112	,445	3,969	,000

Bağımlı Değişken: TUTAR

Tutarlılık = -3,332E-17– 0,019 Satış Performansı + 0,058 Üretim ve Operasyon Performansı + 0,052 İnsan Kaynakları Performansı + 0,445 Finansal Performans

Tutarlılık bir birim arttığında satış performansı 0,019 birim azalmaktadır, üretim ve operasyon performansı 0,058 birim artmaktadır, insan kaynakları performansı 0,052 birim artmaktadır ve finansal performans 0,445 birim artmaktadır.

Düzeltilmiş R<sup>2</sup> değeri (Profesyonelleşme) = 0,193 > Düzeltilmiş R<sup>2</sup> değeri (Kültürel Güç) = 0,183 = Düzeltilmiş R<sup>2</sup> değeri (Tutarlılık) = 0,183 > Düzeltilmiş R<sup>2</sup> (Formalleşme) = 0,082

Düzeltilmiş R<sup>2</sup> değeri (Profesyonelleşme) = 0,193, yani en yüksek profesyonelleşme için olduğundan tüm performansı en çok profesyonelleşmenin açıkladığı kabul edilmiştir.

H2: Profesyonelleşmenin diğer kurumsallaşma alt boyutları bütünü üzerindeki etkisi, diğer her bir kurumsallaşma alt boyutunun diğer kurumsallaşma alt boyutlarının bütünü üzerindeki etkisinden çoktur.

Hipotezler için regresyon analizi yapılmıştır.

Profesyonelleşme Çoklu Regresyon Modeli Model Özeti

Model	R	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	Yaklaşık Standart Hata
1	,832 <sup>a</sup>	,692	<b>,683</b>	,56261904

Belirleyiciler (Sabit), TUTAR, FORMAL, KULTUR

Düzeltilmiş R<sup>2</sup> değeri (Profesyonelleşme) = 0,692

Profesyonelleşme Ölçeği ANOVA Tablosu

Model		Kareler Toplamı	df	Ortalamaların Karesi	F	Sig.
1	Regresyon	78,864	3	26,288	83,048	<b>,000<sup>b</sup></b>
	Artık	35,136	111	,317		
	Total	114,000	114			

Bağımsız Değişken: PROF

Bağımsız Değişkenler: TUTAR, FORMAL, KULTUR

ANOVA tablosu incelenerek anlamlılık değeri incelenmiştir.

Sig = ,000 ≤ 0,05 olduğundan model anlamlıdır.

Profesyonelleşme Çoklu Regresyon Modeli için Katsayılar

Model		Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış	t	Sig.
		B	Standart Hata	iş Katsayılar		
1	(Sabit)	<b>6,813E-17</b>	,052		,000	1,000
	FORMAL	,157	,067	,157	2,356	,020
	KULTUR	,529	,085	,529	6,204	,000
	TUTAR	,236	,088	,236	2,687	,008

Bağımsız Değişken: PROF

Profesyonelleşme = 6,813E-17 + 0,157 Formalleşme +0,529 Kültürel Güç +0,236 Tutarlılık

Profesyonelleşme bir birim arttığında formalleşme 0,157 birim artmaktadır, kültürel güç 0,529 birim artmaktadır, tutarlılık 0,236 birim artmaktadır.

Formalleşme Çoklu Regresyon Modeli Model Özeti

Model	R	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	Yaklaşık Standart Hata
1	,637 <sup>a</sup>	,406	,390	,78090811

Bağımsız Değişkenler (Sabit), PROF, TUTAR, KULTUR

Düzeltilmiş R<sup>2</sup> değeri (Formalleşme) = 0,406

Formalleşme Ölçeği ANOVA Tablosu

Model		Kareler Toplamı	df	Ortalamaların Karesi	F	Sig.
1	Regresyon	46,310	3	15,437	25,314	,000 <sup>b</sup>
	Artık	67,690	111	,610		
	Total	114,000	114			

Bağımsız Değişken: FORMAL

Bağımsız Değişkenler: PROF, TUTAR, KULTUR



ANOVA tablosu incelenerek anlamlılık değeri incelenmiştir.

Sig = ,000  $\leq$  0,05 olduğundan model anlamlıdır.

Formalleşme Çoklu Regresyon Modeli için Katsayılar

Model		Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	Sig.
		B	Standart Hata	Beta		
1	(Sabit)	<b>2,570E-17</b>	,073		,000	1,000
	KULTUR	<b>,079</b>	,137	,079	,579	,564
	TUTAR	<b>,307</b>	,122	,307	2,509	,014
	PROF	<b>,303</b>	,129	,303	2,356	,020

Bağımsız Değişken: FORMAL

Formalleşme = 2,570E-17 + 0,79 Kültürel Güç + 0,307 Tutarlılık + 0,303 Profesyonelleşme

Formalleşme bir birim arttığında kültürel güç 0,79 birim, tutarlılık 0,307 birim ve profesyonelleşme 0,303 birim artmaktadır.

Tutarlılık Çoklu Regresyon Modeli Model Özeti

Model	R	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	Yaklaşık Standart Hata
1	,813 <sup>a</sup>	,661	<b>,652</b>	,58962063

Belirleyiciler (Sabit), FORMAL, KULTUR, PROF

Düzeltilmiş R<sup>2</sup> değeri (Tutarlılık) = 0,652

Tutarlılık Ölçeği ANOVA Tablosu

Model	Kareler Toplamı	df	Ortalamaların Karesi	F	Sig.
1 Regresyon	75,411	3	25,137	72,305	,000 <sup>b</sup>
Artık	38,589	111	,348		
Total	114,000	114			

Bağımsız Değişken: TUTAR

Bağımsız Değişkenler: FORMAL, KULTUR, PROF

ANOVA tablosu incelenerek anlamlılık değeri incelenmiştir.

Sig = ,000  $\leq$  0,05 olduğundan model anlamlıdır.

Tutarlılık Çoklu Regresyon Modeli için Katsayılar

Model		Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	Sig.
		B	Standart Hata	Beta		
1	(Sabit)	-6,422E-17	,055		,000	1,000
	KULTUR	,471	,094	,471	5,033	,000
	PROF	,259	,096	,259	2,687	,008
	FORMAL	,175	,070	,175	2,509	,014

Tutarlılık = -6,422E -17 + 0,471 Kültürel Güç + 0,259 Profesyonelleşme + 0,175 Formalleşme

Tutarlılık bir birim arttığında Kültürel Güç 0,471 birim artmaktadır, profesyonelleşme 0,259 birim artmaktadır ve formalleşme 0,175 birim artmaktadır.

Kültürel Güç Çoklu Regresyon Modeli Model Özeti

Model	R	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	Yaklaşık Standart Hata
1	,847 <sup>a</sup>	,717	,709	,53925320

Belirleyiciler (Sabit), TUTAR, FORMAL, PROF

Düzeltilmiş R<sup>2</sup> değeri (Kültürel Güç) = 0,709

Kültürel Güç Ölçeği ANOVA Tablosu

Model		Kareler Toplamı	df	Ortalamaların Karesi	F	Sig.
1	Regresyon	81,722	3	27,241	93,677	,000 <sup>b</sup>
	Artık	32,278	111	,291		
	Total	114,000	114			

Bağımsız Değişken: KULTUR

Bağımsız Değişkenler: TUTAR, FORMAL, PROF

ANOVA tablosu incelenerek anlamlılık değeri incelenmiştir.

Sig = ,000 ≤ 0,05 olduğundan model anlamlıdır.

Kültürel Güç Çoklu Regresyon Modeli için Katsayılar

Model		Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	Sig.
		B	Standart Hata	Beta		
1	(Sabit)	-2,940E-17	,050		,000	1,000
	PROF	,486	,078	,486	6,204	,000
	FORMAL	,038	,065	,038	,579	,564
	TUTAR	,394	,078	,394	5,033	,000

Bağımsız Değişken: KULTUR

Kültürel Güç = - 2,940 E-17 -0,486 Profesyonelleşme + 0,38 Formalleşme +0,394 Tutarlılık

Kültürel Güç bir birim arttığında profesyonelleşme 0,486 birim a, formalleşme 0,38 birim ve tutarlılık 0,394 birim artmaktadır.

Düzeltilmiş R<sup>2</sup> (Kültürel Güç) = 0,709 > Düzeltilmiş R<sup>2</sup> (Profesyonelleşme) = 0,692 > Düzeltilmiş R<sup>2</sup> (Tutarlılık) = 0,652 > Düzeltilmiş R<sup>2</sup> (Formalleşme) = 0,406

İkinci hipotez için tüm boyutlar için regresyon analizi yapılmıştır. Profesyonelleşmenin diğer kurumsallaşma alt boyutları bütünü üzerindeki etkisi, diğer her bir kurumsallaşma alt boyutunun diğer kurumsallaşma alt boyutlarının bütünü üzerindeki etkisinden çoktur. Profesyonelleşmenin kurumsallaşmanın diğer boyutlarından daha çok etkilendiği hipotezi desteklenmemiştir. Düzeltilmiş  $R^2$  (Kültürel Güç) = 0,709 en büyük olduğundan tüm performansı en çok kültürel gücün açıkladığı hipotezi belirlenmiştir.

Araştırma Modeline Ait Hipotez Sonuçları

<b>Araştırma Modeline Ait Hipotez Sonuçları</b>	
<b>Hipotez</b>	<b>Sonuç</b>
H1: Formalleşme, kurumsallaşma alt boyutları arasında kurum performansını en çok etkileyen alt boyuttur.	Desteklenmemiştir
H2: Profesyonelleşmenin diğer kurumsallaşma alt boyutları bütünü üzerindeki etkisi, diğer her bir kurumsallaşma alt boyutunun diğer kurumsallaşma alt boyutlarının bütünü üzerindeki etkisinden çoktur.	Desteklenmemiştir

## 5.7. Araştırmanın Bulgularının Değerlendirilmesi

Araştırmanın bulguları kapsamında; değişkenler arasındaki ilişkilere yönelik bulgular ifade edilmiştir. Araştırma hipotezlerine paralel olarak; öncelikle demografik değerlendirmeler ortaya konulmuştur. Daha sonra değişkenlerin hangi boyutlarının daha yüksek ortalama aldıkları saptanarak, araştırmaya katılan doktorlar için etkisi ortaya çıkarılacaktır. Bu doğrultuda bağımsız değişken olan kurumsallaşma boyutları ile bağımlı değişken olan kurum performansı arasındaki ilişkilerin test edilmesi amaçlanmaktadır.

Kurumların varlıklarını sürdürebilmesi için, kurumsallaşmanın etkisi büyüktür. Kurumsallaşmayı sağlayabilen kurumlar, rakip kurumlardan farklılaşmaktadır ve uzun vadeli amaçlarına ulaşabilmektedir.

Ankete katılan doktorların demografik bilgileri incelenmiştir. Örneklem ana evrenin özelliklerini göstermesi bakımından geniş tutulması düşünülmüştür. Fakat coğrafi olarak daha geniş bir alanda ve doktorlar dışında diğer sağlık çalışanları ile çalışmanın tekrarlanması ve sonuçların kıyaslanarak değerlendirilmesi düşünülebilir.

Faktör analizi yapmadan önce verilerin faktör analizi yapılmaya uygun olduğunu saptamak için KMO ve Barlett Testi sonuçları incelendiğinde KMO testindeki 0,859 değeri örnek büyüklüğünün yeterli olduğunu gösterirken, Barlett testinin sonucu da 4172,328 ve  $p=0,00$  güven seviyesinde anlamlı bulunmuştur. Dolayısıyla verilerin faktör analizine uygun olduğu ifade edilebilir.

Anket çalışmasında kullanılan ifadelerin, faktör analizine uygunluğunun tespit edilmiş olmasıyla bu ifadelerin toplanacağı boyutların ve söz konusu boyutların 8 faktörlü model tarafından toplam varyansın % 71,359'ı açıklanmıştır.

Araştırmada katılımcıların kurumsallaşma ve kurum performansına ilişkin ölçeğin iç tutarlılığa sahip olduğu görülmektedir ( $\alpha>0,60$ ).

Araştırmanın iki ana hipotezi vardır. ANOVA tablosu incelenerek anlamlılık değerleri değerlendirildiğinde büyütm modellerin anlamlılık seviyesi 0,05'ten büyük çıktığından modeller anlamlıdır.

Profesyonelleşme bir birim arttığında satış performansı 0,16 birim, üretim ve operasyon performansı 0,143 birim, insan kaynakları performansı 0, 104 birim finansal performans 0,184 birim artmaktadır. Profesyonelleşme arttığında en çok finansal performans artmaktadır.

Tutarlılık bir birim arttığında satış performansı 0,019 birim azalmaktadır, üretim ve operasyon performansı 0,058 birim artmaktadır, insan kaynakları performansı 0, 052 birim artmaktadır ve finansal performans 0,445 birim artmaktadır.

Düzeltilmiş  $R^2$  değeri (Profesyonelleşme) = 0,193, yani en yüksek profesyonelleşme için olduğundan tüm performansı en çok profesyonelleşmenin açıkladığı hipotezi kabul edilmiştir.

H2: Profesyonelleşmenin diğer kurumsallaşma alt boyutları bütünü üzerindeki etkisi, diğer her bir kurumsallaşma alt boyutunun diğer kurumsallaşma alt boyutlarının bütünü üzerindeki etkisinden çoktur.

Profesyonelleşme bir birim arttığında formalleşme 0,157 birim artmaktadır, kültürel güç 0,529 birim artmaktadır, tutarlılık 0,236 birim artmaktadır.

Formalleşme bir birim arttığında kültürel güç 0,79 birim, tutarlılık 0,307 birim ve profesyonelleşme 0,303 birim artmaktadır.

Tutarlılık bir birim arttığında Kültürel Güç 0,471 birim artmaktadır, profesyonelleşme 0,259 birim artmaktadır ve formalleşme 0,175 birim artmaktadır.

Kültürel Güç bir birim arttığında profesyonelleşme 0,486 birim a, formalleşme 0,38 birim ve tutarlılık 0,394 birim artmaktadır.

İkinci hipotez için tüm boyutlar için regresyon analizi yapılmıştır. Profesyonelleşmenin diğer kurumsallaşma alt boyutları bütünü üzerindeki etkisi, diğer her bir kurumsallaşma alt boyutunun diğer kurumsallaşma alt boyutlarının bütünü üzerindeki etkisinden çoktur. Profesyonelleşmenin kurumsallaşmanın diğer boyutlarından daha çok etkilendiği hipotezi desteklenmemiştir. Düzeltilmiş  $R^2$  (Kültürel Güç) = 0,709 en büyük olduğundan tüm performansı en çok kültürel gücün açıkladığı hipotezi belirlenmiştir.

## SONUÇ

Örgütlerin performansının değerlendirilmesinde klasik finansal tablolar analizi yöntemleri kullanılmakta ve bu analizler her uzman kuruluşunca farklı yorumlanabilmektedir. Yorumlarda kullanılan subjektif değerlendirme ölçütleri, başta risk faktörü olmak üzere örgütler üzerinde çeşitli olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu çerçevede, özellikle merkez bankaları ve denetim otoritelerinin katılımıyla, 1974 yılında, "Basel Bankacılık Komitesi" kurulmuş ve finansal piyasalarda oluşabilecek riskleri önlemek amacıyla; risk yönetimine ilişkin uluslararası standartları belirleme, uluslararası denetim sisteminin geliştirilmesi ve finansal sektörde denetim kalitesinin artırılması çalışmalarını yapmaya başlamıştır. Basel Komitesi, 1988 yılında yayınladığı "Sermaye Uzlaşısı Basel I Standartları" ile bankaların krizlere karşı dayanıklılığını artırmak ve finansal piyasalarda istikrarı sağlamak amacıyla uyulması gereken uluslararası standartları belirlemiştir. Ancak 1990'lardan sonra yaşanan finansal krizler, bu asgari sermaye yeterliliğine sahip bankaların bile iflas ettiğini göstermiştir. Bunun üzerine, finansal piyasalarda etkin bir denetim ve gözetim sisteminin kurulmasını sağlamak amacıyla, Haziran 2004'te "Yeni Sermaye Uzlaşısı Basel II Standartları" yayınlanmıştır. Genel olarak; bankaların karşılaşılabilecekleri risklerin derecesine göre asgari sermaye tahsisini ve etkin bir risk yönetimini hedefleyen bu standartları; Avrupa Birliği ülkeleri 2007'nin başında, Türkiye ise 2008'in başında uygulamaya geçmiştir. Yeni sermaye uzlaşısı, örgütlerin performans düzeyinin ölçülmesine ve değerlendirilmesine ilişkin olarak oluşturulan standartlar bütünüdür. Uluslararası düzeyde belirlenen metrikler uygulamaları ile birlikte firmaların kredibilitesi belirlenen standartlara uygunluğu derecesinde ortaya çıkacaktır. Böylelikle performans ölçümü sayısal değerler ile ifade edilecek derecelendirme sistemi ile analiz etmeleri mümkün olacaktır. Örgütlerin kurumsal yapıları ve etkin yönetim yaklaşımları bu sistem çerçevesinde değerlendirilebilecektir.

Örgütsel yaşamda kurumsal performansın değerlendirilmesinde iki temel boyut söz konusudur. Bunlar; finansal performans ve kurumsallaşma yapısı düzeyidir. Finansal performansı ölçmek için Basel değerlendirme sistemleri dikkate



alınırken, kurumsallaşma için ise örgütlerin kurumsal yönetim düzeyi dikkate alınmaktadır. Kurumsal yönetim için tek yaklaşım olmamakla birlikte genel kabul gören kurumsal yönetim yaklaşımlarında, profesyonelleşme, formalleşme, tutarlılık ve kültürel güç kavramları yer almaktadır.

Örgütlerin kurumsallaşmasının temel ilkeler çerçevesinde boyutları ele alındığında, firmaların özellikle de sağlık sektöründekilerin bu boyutlara uyum düzeyleri ve dolayısıyla kurumsal yönetim düzeylerini belirleyecek bir model oluşturulması amaçlanmaktadır. Konu ile ilgili mevcut literatür, dikkate alındığında kurumsal yönetim düzeylerini belirleyebilecek birçok ölçek mevcuttur. Özellikle geliştirilen modeller/ölçekler faktör analizi yönetimi kullanılarak değerlendirilmektedir. Her bir boyut sistem içinde ağırlıklandırılmakta ve ağırlık toplamları ise, şirketlerin kurumsal performanslarını düzenleyen sınıflandırma dikkate alınarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla kurumsal yönetim performansını açıklayan bir sınıflandırma skalası ile örgütlerin durumları değerlendirilmektedir. Sonuç olarak örgütlerin kurumsal yönetim düzeylerini ölçmeye yarayacak bir derecelendirme modeli ile kurumsallaşmayı ele almak mümkündür.

Örgütlerin piyasa performansı, operasyonu veya yok olması farklı dinamiklerin etkisi altında kalır. Organizasyonların resmi olarak ortaya çıkması, doğum olarak ifade edilirken, organizasyon ölümü ise farklı tüzel kişi olarak organizasyonun faaliyetini durdurması olarak tanımlanmaktadır. Piyasalarda son zamanlarda çok yaygın olan birleşmeler (mergers) bir organizasyon ölümü olarak adlandırılabilir. Bu süreçlerin gelişmesinde ve yönetilmesinde kurumsallaşmanın büyük rollerinin olduğu görülmektedir. Örgütlerin performansına yönelik yapılmış çok çeşitli çalışmalar mevcuttur. Konu örgütsel sistemin farklı parametreleri üzerine odaklanarak örgütsel süreçlerin faaliyetini olumsuz etkileyen faktörler çeşitli yönleri ile ortaya konmaya çalışılmıştır. Bakıldığı zaman birçok çalışmada örgütlerin başarısızlıklarının altında yatan nedenleri dört ana başlıkta toplamışlardır. Yönetimin başarısızlığı organizasyonların başarısız olmasındaki en önemli sebebi olarak görülmektedir. Organizasyon için alınan kararlarda ve yeni vizyon yaratılmasında karşılaşılan başarısızlık, kurumların başarısızlığının en önemli gerekçelerinden biri olarak karşımıza çıkabilir. Birçok örgütün başarısızlığının temel nedeni, sorunlar

karşısında önceden harekete geçememe ve organizasyondaki değişim ihtiyacının zamanında algılanmamasıdır. Bununla birlikte birçok örgütün etkin stratejiler geliştirmede yetersiz oldukları görülmektedir. İş dünyasındaki veya pazardaki gerçekleri görmekteki ilgisizlik, iş dünyası ile ilgili tahmin ve planların yapılmasında yetersiz kalınması, etkin organizasyon kültürünü güçlendirmek için yapılan çalışmalarda yeteneksizlik, kendi halinde kalan ve kendine yeten bir organizasyon olarak kalmayı kabullenmek, politik rekabete izin vermek ve yetki problemleri gibi birçok neden yönetim başarısızlıklarına sebep olabilmektedir. Bu faktörler genel olarak örgütlerin piyasadaki faaliyetlerini olumsuz yönde etkileyerek örgütsel operasyonların olumsuz yönde etkilenmesine yol açabilir.

Organizasyon başarısızlıklarını belirlemede etkili olan bir başka sebep, tüketici ve pazarın taleplerini karşılamada kalınan yetersizliklerdir. Özellikle müşterilerin beklentilerinin karşılanmaması ve rakiplerin stratejilerine gerekli tepkinin verilememesi, örgütler açısından birçok alanda olumsuzluklar yaratacaktır. Tüketici isteklerini anlamadaki başarısızlık, rekabetteki bilgisizlik, zayıf fiyat politikaları, etkin olmayan bir pazarlama planı, pazar geliştirmede hızlı karar alamama, kar yerine satış rakamları üzerinde odaklanma ve yeni ürün geliştirilmesinde ve pazara tanıtılmasında yaşanan sorunlar ve buna benzer pek çok neden organizasyonun tüketici portföyünde ve pazar yapısında başarısızlıklara sebep olabilmektedir.

Finansal yönetiminin de zayıf olması, organizasyonun başarısızlığına sebep olan bir başka neden olarak ifade edilebilir. Nakit akışı problemleri, etkisini yitirmiş olan finansal kontrol sistemlerinin kullanılması, zayıf kredi değerlendirmeleri, kar marjlarındaki yıpranma ve büyüme için yapılan planlamadaki yetersizlik ve daha pek çok sebep finansal yönetim başarısızlığı olarak değerlendirilebilir.

Son olarak, sistem ve yapının işleyişi de organizasyon başarısızlıklarında incelenen bir konu olmaktadır. Teknolojik problemler, etkin olmayan bir bilgi sistemi yönetimine sahip olmak, zayıf kontrol sistemleri, iç rekabet ve çözümsüz olarak kalan performans engelleri organizasyonun sistem ve yapı başarısızlığını etkileyen nedenlerden bazıları olarak gösterilebilir.

Organizasyonlar yaşayan varlıklar olarak kabul edildiklerinde; rekabet ortamında bulunan organizasyonların yaşamlarını sŸrdŸrebilmeleri kurumsallaşma ile mŸmkŸn olmaktadır. Kurumsallaşma ile organizasyonlar arasındaki bağın devam etmesi karşılıklı olarak memnuniyetlerinin sŸrmesi ile sağlanabilir. Konuya organizasyonların rekabet ortamında yaşamlarını sŸrdŸrmeleri olarak bakıldığında; pazardaki paylarını arttırmak isteyen organizasyonların değişen koşullara gŸre olumlu yŸnde değişim gŸstermelerini sağlayan yŸneticilerle çalışma istekleri gŸrŸlebilir. ŖrgŸtlerdeki değişim farklı Şekillerde tanımlanabilir. Değişim; organizasyon içerisinde yapılan Ŗnemi faaliyetlerin farklılaştırılması olarak ifade edilmiştir ya da değişimlerinde, organizasyonların amaç değişimi ve yapısal değişimin Ŗnemi Ÿzerinde yoğunlaşmışlardır. Kurumsal sistemi etkileyen bir başka değişim alanı ise:

Organizasyondaki yŸnetici değişimi: Farklı seviyelerde organizasyonlardaki yŸneticilerin değişmesi ve bunların yerlerine yeni yŸneticilerin gelmesi genel olarak yŸnetici değişimi olarak ifade edilebilir.

Organizasyonun hizmet alanındaki değişim: Rekabet koşulları ya da stratejik kararlar organizasyonların hizmet alanlarını farklılaştırabilirler.

Organizasyonun amaçlarındaki değişim: Amaçlar organizasyonların temel faaliyetlerini ve bunların Őeklini ortaya koyan faktŸrlerdir. Zaman zaman organizasyonların amaçlarında farklılaşmalar sŸz konusu olmaktadır.

Organizasyonun sponsorluklarındaki / finansmanındaki değişim: Organizasyonu destekleyen ve desteklediği faaliyetler zaman içerinde koşullara bağlı olarak değişebilmektedir.

Organizasyonun coğrafik faaliyetindeki değişim: Organizasyonlarda bŸyŸyen yapı ve farklı pazarlardaki fırsatlar coğrafik olarak faaliyet alanının genişlemesine neden olmaktadır. BŸylece çok çeşitli coğrafik alanlara yŸnelen organizasyonlar Ŗnemi bir değişim sŸreci yaşamış olurlar.

Organizasyondaki yapısal değişim: Organizasyonlar daha yaratıcı olmak, verimliliği ve rekabet gücünü geliştirmek için dikey bir örgütlenme yerine daha basık bir örgütlenmeyi tercih ederler. Bu tür yapılanmalar organizasyonlarda önemli değişimlere kaynaklık da etmiş olur.

Burada hatırlanması gereken temel nokta, örgütlerde değişimin farklı alanlarda da olabileceğidir. Ancak yapılan uygulamada, temel olarak yönetsel alana odaklandığı için daha çok yönetsel süreçlerle ilgili değişim üzerinde etkili olan faktörlerin kurumsal yapıyı nasıl etkilediğinin ortaya konması gerekmektedir.

Örgütlerde başarı ve başarısızlığa yönlendiren unsurları dikkate alarak, dinamik ve geliştirici başarı planlarına sahip örgütlerin mekanik süreç ve yapılaraya göre daha başarılı olduklarını ortaya koymuşlardır. Örgütsel ekolojide stratejinin belirlenmesi ve başarılı bir şekilde uygulanması liderlerin önemli çalışma alanları arasında yer almaktadır. Doğru strateji, rekabet ve yeniliklere karşı örgütlerin alternatif yaratmalarına olanak sağlamaktadır. Konu ile ilgili çok çeşitli çalışmaların alanda var olduğu görülmektedir. Özellikle kişilik özelliklerinin iş yerinde diğer bireyleri hangi alanlarda etkilediği; örgütsel performans ve yönetici arasındaki ilişkileri değerlendiren çalışmaların sonucunda faktörler arasında pozitif ilişkilerin var olduğu; tepe yöneticiler ve çevre arasındaki ilişkilerinin ele alındığı çalışmada, stratejik basamağın örgütsel sistemin işleyişini yönlendirmedeki etkileri değerlendirilmektedir. Yöneticilerin uzmanlık alanlarının strateji ve örgütsel başarı süreci üzerindeki etkileri dünyadaki önemli şirketlerde çalışan yöneticiler açısından ele alınarak değerlendirilmeye çalışılmıştır. Başka bir çalışmada tepe yönetimin demografik yapısının sosyal entegrasyon ve iletişim ile ilişkisi incelenmiştir. Tepe yönetim basamağının heterojenliğini inceleyen çalışma, bu yapının örgütsel rekabet süreci üzerindeki etkilerini ortaya koymaya çalışmaktadır. Yapılan literatür taraması sonucunda, yöneticilerin görev yaptıkları organizasyondaki görev süresinin devamlılığına ilişkin bir olay zamanı modellemesine ilişkin bir araştırmaya rastlanmamıştır. Özellikle yukarıdaki araştırmalarda da vurgulandığı gibi yöneticiler kurumlar açısından büyük bir öneme sahiptirler. Kurumlar onların kararları ile geleceğe yönelik olarak çalışmalarını yönlendirirler. Konunun farklı açılardan ele alınması hem örgütsel yaşam açısından büyük bir önem taşımaktadır, hem de

konunun metodolojik olarak geliştirilmesinin alana önemli düzeyde katkı vereceği düşünülmektedir. Böylece çok yönlü olarak yöneticilerin değerlendirilmesi mümkün olacaktır. Bu çerçevede yürütülen eklettik değerlendirmeler ışığında Türk sağlık sektörünün temel yönetim yapısı kapsamlı bir yaklaşımla ele alınmıştır.

Çalışma yürütülürken karşılaşılan en büyük zorluklardan bir tanesi yeni kurumsalcılık üzerinden yeni liberalizme doğru yarattığı karmaşalar olmaktadır araştırmaya katılan doktorların nezdinde. Lakin Türk sağlık sistemi kişiler (mikro) ve bazı kişiler bazında kurumsallaşmadan uzaklaşıyor gibi görünse ya da yeni kurumsallaşmaya yaklaşıyor gibi görünse de sağlık kurumları dünya ekonomisinde en derli toplu kurumsal yapılardan birisidir. Bu durum sağlık sektörünün tarihinin çok eski olmasından dolayıdır.

Çalışmanın sonuçları yapılan veri toplama çalışmasının sonuçlarına paralel olarak tablolar halinde verilmiş ve aritmetiksel olarak bu tezin muhtemel kullanıcıları ve araştırmacılar için kolay anlaşılması sağlanmaya çalışılmıştır.

Bu elde edilen aritmetiksel sonuçlar korelasyon, regresyon gibi ilişki analizleri ile desteklenmiştir. Yapılan parametrik çalışmalar çalışmanın sonucuna doğru farklılık analizlerine kadar götürülerek araştırma alanı çeşitli yönlerden eleştirel olarak incelenmiştir. Araştırma için yapılacak en belirgin önerilerden bir tanesi daha yüksek sayıda örneklem ile yinelenmesi ve hastanelerdeki doktorların hastanelerde karşılaştıkları örnekler ile koşutluklar ortaya konulması olabilir.

Araştırmanın yapılmasını veri toplamayı destekler şekilde üniversitemizin etik kurulunun onay vermesi ve Beyoğlu Fatih ve Kuzey Anadolu Kamu Hastaneleri Birliği'nin hepsinin ayrı ayrı çalışma yapacağım hastanelere bilgi verip verilerin toplanmasında destek ve onay vermesinin önemi büyüktür. Sağlık sektörünün bu şekilde örgütlü olmasının da önemi bu şekilde yakından görülmüştür.

Araştırmanın bulguları değerlendirildiğinde literatür ile tutarlı olarak kurumsallaşma ve performans arasında anlamlı bir ilişkili bulunmuştur. İlk hipotez olan "Formalleşme, kurumsallaşma alt boyutları arasında kurum performansını en çok etkileyen alt boyuttur." ifadesi incelendiğinde Düzeltilmiş  $R^2$  değeri

(Profesyonelleşme) = 0,193, yani en yüksek profesyonelleşme boyutu için bulunduğundan tüm performansı en çok formalleşmenin açıkladığı hipotezi reddedilmiştir.

Formalleşme bir birim üretim ve operasyon performansı 0,171 birim artmaktadır. Formalleşmenin sağlık gibi hızlı karar verilmesi gereken bir alanda hastaların teşhisi, tedavisi, yeni yöntemlerin kullanılması ve maliyetlerin düşürülmesine etkisi olması beklenen bir durumdur.

Profesyonelleşme bir birim arttığında finansal performans 0,184 birim artmaktadır. Profesyonelleşme arttığında en çok finansal performansın artması, profesyonelleşmenin artmasının daha hızlı ve etkin kararlar oluşturmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Kültürel güç bir birim arttığında insan kaynakları performansı 0,059 birim artmaktadır. Doktorların çalıştıkları kurumdaki işlerin yapılış yöntemleri, ortak bir kurumsal bakış açısı ve değerlere sahip olmaları ve kuruma bir bağlılık duymaları açısından etkilenmektedir.

Tutarlılık bir birim arttığında finansal performans 0,445 birim artmaktadır. Doktorların iş akış süreçleri, hedefler ve eylemlerin birbiriyle uyumu vizyon, misyon ve strateji konusunda ve bunun bütünü birbiriyle tutarlı olmasının finansal performansı diğer performans boyutlarından daha çok etkilemektedir.

İkinci hipotez olarak ele alınan “Profesyonelleşmenin diğer kurumsallaşma alt boyutları bütünü üzerindeki etkisi, diğer her bir kurumsallaşma alt boyutunun diğer kurumsallaşma alt boyutlarının bütünü üzerindeki etkisinden çoktur.” ifadesinin değerlendirilmesi sonucunda desteklenmediği görülmüştür.

İkinci hipotez için tüm boyutlar için regresyon analizi yapılmıştır. Profesyonelleşmenin diğer kurumsallaşma alt boyutları bütünü üzerindeki etkisi, diğer her bir kurumsallaşma alt boyutunun diğer kurumsallaşma alt boyutlarının bütünü üzerindeki etkisinden çoktur. Profesyonelleşmenin kurumsallaşmanın diğer boyutlarından daha çok etkilediği hipotezi desteklenmemiştir. Düzeltilmiş  $R^2$

(Kültürel Güç) = 0,709 en büyük olduğundan tüm performansı en çok kültürel gücün açıkladığı belirlenmiştir.

Profesyonelleşme bir birim arttığında kültürel güç 0,529 birim artmaktadır. Aynı eğitim ve düşünce yapısından gelen kişilerin konuşmadan bile anlamaya varmaları, işlerin süreçleri ile ilgili bir fikir bütünlüğüne sahip olmalarını etkilediği düşünülebilir.

Tutarlılık bir birim arttığında kültürel güç 0,471 birim artmaktadır, Tutarlılığın artması yani doktorların her şeyin birbiri ile tutarlı olduğuna duydukları güven çalıştıkları kuruma olan bağlılığı ve kurumun içindeki paylaşımı artırmaktadır.

Türkiye’ de son yıllardaki değişimler sağlık sektöründeki gelişmeleri hızlandırmıştır. Sağlık konusuna daha çok önem verilmesinin, kurumsallaşmayı artırdığı düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Akal, Zuhul (1992). **İşletmelerde Performans Ölçü ve Denetimi**, MPM, Yayın No. 473, Ankara.
- Akat, İlker ve Atılğan, Turan (1992). **Sanayi işletmelerinde kurumsallaşma ve şirket kültürü**, TOBB Yayınları, Ankara.
- Akbulut, Yavuz (2011) Sosyal bilimlerde SPSS uygulamaları: Sık Kullanılan İstatistiksel Analizler Ve Açıklamalı SPSS Çözümleri, İdeal Kültür Yayıncılık, İstanbul.
- Akdağ, Recep (2008). **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (Kasım 2002-2008, Alma Ata'nın 30. Yıl Hatırasına)**, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Akdur, Recep (2006). **Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve AB'de Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu**, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara.
- Akgemci Tahir; Elibol, Halil ve Erşahan, Burcu (2008). "Aile işletmelerine genel bakış" içinde s. 1-31, **Yöneticinin El Kitabı**, T. Akgemci, Ş. Aslan ve M. Düşükcan (Editörler), Eğitim Kitabevi Yayınları, Konya.
- Akın, Ülgen ve Aksoy, Serap (1985). **Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım**, MPM Yayını No: 332, Ankara.
- Akman, Gülşen (2003). **Bilişim Sektöründe Pazar Odaklılık, Yenilik Stratejileri ve Yenilik Kabiliyeti Arasındaki İlişkiler ve Bunların Şirket Performansı Üzerindeki Etkileri**, Gebze İleri Teknoloji Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Kocaeli.
- Akman, Gülşen; Özkan, Coşkun ve Eriş, Hatice (2008). "Strateji Odaklılık ve Firma Stratejilerinin Firma Performansına Etkisinin Analizi", **İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi**, 7 (13), s. 93-115.
- Aksakoğlu, Gazanfer (1995). "İngiltere'de Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, 9 (64-65), s. 96-100.
- Aksoy, Osman Gazi (2001). "Sağlık Kavramı ve Bireyin Yaşamında Sağlık Hakkı", **Yeni Türkiye**, Sağlık Özel Sayısı-II, 40, s. 1803-1808.
- Alpar, Reha (2003) Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemlere giriş 1, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Alpkan, Lütfihak; Ergün, Ercan, Bulut, Çağrı ve Yılmaz, Cengiz (2005). "Şirket girişimciliğinin şirket performansına etkileri", **Doğuş Üniversitesi Dergisi**, 6 (2), s. 175-189.
- Altunışık, Remzi; Coşkun, Recai; Bayraktaroğlu, Serkan ve Yıldırım, Engin (2004). **Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri, SPSS uygulamalı**, Sakarya Kitabevi, Sakarya.
- Ankara İl Sağlık Müdürlüğü (2011). **Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge**, T.C. Sağlık Bakanlığı, 24.01.2011, Ankara.



- Apaydın, Fahri (2007). **Örgütlerde kurumsallaşma ve adaptif yeteneklerin pazarlama eylemlerine ve örgütsel performansa etkileri**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, T.C. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Gebze.
- Apaydın, Fahri (2008). "Kurumsallaşmanın küçük ve orta ölçekli işletmelerin performansına etkileri", **ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi**, 4 (7), s. 121-145.
- Apaydın, Fahri (2009). "Kurumsal teori ve işletmelerin kurumsallaşması", **C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, 10 (1), s. 1-22.
- Ashworth, Rachel; Boyne, George ve Delbrige, Rick (2005). "Institutional pressures on public organizations: an empirical test of isomorphism", **Management Research Review**, 28 (9), s. 61-62.
- Ataman, Göksel (2009). **İşletme yönetimi, temel kavramlar ve yeni yaklaşımlar**, Türkmen Kitabevi, İstanbul.
- Baraldi, Enrico; Brennan, Ross; Harrison, Debbie; Tunisini, Annalisa; Zolkiewski, Judy (2007). "Strategic Thinking and the IMP Approach: A Comparative Analyze", *Industrial Marketing Management*, 36 (7), s. 879-894.
- Baraz, Barış (2006). Aile işletmelerinde kurumsallaşma ölçütleri, **İstanbul Kültür Üniversitesi 2. Aile İşletmeleri Sempozyumu kitabı**, 14-15.04.2006, s. 120-129, İstanbul.
- Bayer, Ertuğrul (2005). "İşletmelerde kurumsallaşmanın sorunsal hale gelmesi ve kurumsallaşamama nedenlerinin belirlenmesi", **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, 7 (3), s. 125-142.
- Bayyurt, Nizamettin (2007). "İşletmelerde Performans Değerlendirmenin Önemi ve Performans Göstergeleri Arasındaki İlişkiler", **Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi**, 53, s. 577-592.
- Beckert, Jens (2010). "Institutional isomorphism revisited: convergence and divergence in institutional change", **Sociological Theory**, 28 (2), s. 150-166.
- Berman, Peter ve Tatar, Mehtap (2004). **Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000**, Cilt I, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- Biol, Leman (2000). **Hemşirelik Süreci**, Bozyaka Matbaacılık, İzmir.
- Blau, Peter M. ve Scott, W. Richard (1962). **Formal Organizations: A Comparative Approach**, Chandler Publishing Company, San Francisco.
- Boisot, Max ve Mckelvey, Bill (2010). "Integrating modernist and postmodernist perspectives on organizations: a complexity science bridge", **Academy of Management**, 35 (3), s. 415-433.
- Bolat, Tamer ve Seymen, Oya Aytemiz (2006). "Yönetim ve örgüt düşüncesinde kurumsalcılık, yeni kurumsalcılık ve kurumsal eşbiçimlilik", **Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 16 (1), s. 223-254.
- Bresser, Rudi K.F. ve Millonig, Klemens (2003). "Institutional capital: competitive advantage in light of the new institutionalism in organization theory", **Schmalenbach Business Review**, 55 (3), s. 220-241.

- Can, Halil (1994). **Organizasyon ve yönetim**, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Chakravarthy, Balaji S. (1986). "Measuring Strategic Performance", **Strategic Management Journal**, 7 (5), s. 437-458.
- Coşkun, Ali (2005). **İşletmelerde Performans Yönetimi: Bir Yönetim Muhasebesi Aracı Olarak Performans Karnesi**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Muhasebe Bilim Dalı, İstanbul.
- Crank, John P. (2003). "Institutional theory of police: a review of the state of the art", **Policing: An International Journal of Police Strategies and Management**, 26 (2), s. 186-207.
- Çağlayan, Suat (2001). "Sağlık Sistemimiz ve Sağlıkta Yeniden Yapılandırma Üzerine Yaklaşımlar", **Yeni Türkiye**, Sağlık Özel Sayısı-II, 40, s. 1196-1208.
- Çakıcı, Ayşehan ve Özer, Burcu Şefika (2008). "Mersin'deki KOBİ sahip ve yöneticilerinin gözüyle kurumsallaşma tanımı ve kurumsallaşmanın darboğazları", **Yönetim ve Ekonomi Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F.**, 15 (1), s. 41-57.
- Çakmak, Nermin ve Ocaklı, Emre (2006). "Performans Değerlendirmesi Gerekli midir? Neden?", **ÜNAK'06 Bilimsel İletişim ve Bilgi Yönetimi Sempozyumu**, Toplam Kalite Yönetimi ve Kullanıcı Merkezli Kütüphaneler, Üniversite ve Araştırma Kütüphanecileri Derneği-ÜNAK, Gazi Üniversitesi, Ankara, 12-14 Eylül 2006, s. 212-230.
- D'Aunno, Thomas; Succi, Melissa ve Jeffrey A. Alexander (2000). "The role of institutional and market forces in divergent organizational change", **Administrative Science Quarterly**, 45 (4), s. 679-703.
- D'Aunno, Thomas; Sutton, Robert I. ve Price, Richard H. (1991). "Isomorphism and external support in conflicting institutional environments: a study of drug abuse treatment units", **The Academy of Management Journal**, 34 (3), s. 636-661.
- Dacin, M. Tina (1997). "Isomorphism in context: the power and prescription of institutional norms", **Academy of Management Journal**, 40 (1), s. 46-81.
- Daft, Richard L. (1997). **Management**, Dryden Press, Orlando.
- Davis, Peter, Desai, Ashay ve Francis, John (2000). "Mode of International Entry: An Isomorphism Perspective", **Journal of International Business Studies**, 31 (2), s. 239-258.
- Dedeoğlu, Necati (2012). "Dünya Sağlık Örgütü, Alma-Ata, Temel Sağlık Bakımı Kavramı ve Sosyalleştirme" içinde ss. 29-36, Şahpaz, Figen ve Bilaloğlu, Eriş (Editörler) (2012). **Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı**, Fusun Sayek Türk Tabipler Birliği Raporları/Kitapları, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara
- Deephouse, David L. (1996). "Does isomorphism legitimate?", **The Academy Management Journal**, 39 (4), s. 1024-1039.
- Dictionnaire, Larouse (1993). **İngilizce Sözlük**, Cilt: 2, Miliyet Yayınları, İstanbul.

- Dilbaz, Sümeyra (2005). **Büyüme ve kurumsallaşma sürecinde aile şirketlerinde yönetim- Karaman örneği**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Dillard, Jesse F., Rigsby, John T. ve Goodman, Carrie (2004). "The making and remaking of organization context-duality and the institutionalization process", **Accounting, Auditing and Accountability Journal**, 17 (4), s. 506-542.
- DiMaggio, Paul J. (1995). "Comments on 'what theory is not' ", **Administrative Science Quarterly**, 40 (3), s. 391-397.
- DiMaggio, Paul J. ve Powell, Walter W. (1983). "The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields", **American Sociological Review**, 48 (2), s. 147-160.
- Dinçer, Ömer ve Tatoğlu, Ekrem (2003). "Formel Stratejik Planlama ve Şirket Performansı", **11. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi**, Kocatepe Üniversitesi, Afyon, s. 191-205.
- Donaldson, Lex (2006). "The contingency theory of organizational design: challenges and opportunities" içinde ss. 19-40 Burton, Richard M.; Eriksen, Bo; Håkonsson, Dorthe Døjbak ve Snow, Charles C. (2006). **Organizational Design, The Evolving State-of-the Art**, Information and Organization Design Series, C. 6, Springer, New York.
- Durmuş, Aydoğan (2003). **İstatistik**, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Elsner, Wolfram (2012). "The theory of institutional change revisited: the institutional dichotomy, its dynamic, and its policy implications in a more formal Analizi", **Journal of Economic Issues**, 56 (1), s. 1-45.
- Erçek, Mehmet (2004). "Aktör Ağları ve Eksik/Öncül Kurumsallaşma: Türkiye'deki Mesleki Personel/İnsan Kaynakları Söyleminin Yeniden Kurgulanması, 1960-1999", **Yönetim Araştırmaları Dergisi**, Çeviri, Ekim 2004, Kurumsal Kuram Özel Sayısı, 4 (2), s. 129-195..
- Erdil, Oya; Keskin, Halit; İmamoğlu, Salih Zeki ve Erat, Serhat (2004). "Yönetim tarzı ve çalışma koşulları, arkadaşlık ortamı ve takdir edilme duygusu ile iş tatmini arasındaki ilişkiler: tekstil sektöründe bir uygulama", **Doğuş Üniversitesi Dergisi**, 5 (1), s. 17-26.
- Eren, Berna (1997). "Hekimlerle ilişkiler" içinde s. 339-348. Hayran, Osman ve Sur, Hayri (Editörler), **Hastane Yöneticiliği**, Nobel Yayınevi, Ankara.
- Eren, Erol (2007). **Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi**, Beta Basım Yayım Dağıtım Yayın No. 1798, İşletme Ekonomisi Dizisi: 226, İstanbul.
- Ergün, Ercan (2003). **Kültürel Boyutlar Olarak İşletmelerde İçsel Bütünleşme ve Dışsal Odaklanma Düzeylerinin Performansa Etkileri**, Yayınlanmamış İşletme Doktora Tezi, GYTE, Gebze.
- Erkuş, Ahmet (2006). **Entelektüel Sermaye: Bir Uygulama**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi SBE, Erzurum.
- Eryılmaz, Feray Ayrıl (2002). **Özel hastanelerde kurumsallaşma düzeyi ile algılanan örgüt kültürü arasındaki ilişkiyi ele alan bir araştırma**,

Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Eryılmaz, Mehmet (2004). "Stratejik seçim ve kurumsalcı bakış açılarının birlikteliği üzerine eğitim sektöründe bir araştırma", **Yönetim Araştırmaları Dergisi**, 4 (1), s. 25-48.

Fındıkçı, İlhami (2007). **Aile şirketleri**, Alfa Basım, İstanbul.

Gegez, Ercan.(2010) .**Pazarlama Araştırmaları**, Beta Yayıncılık, İstanbul.

Gerdin, Jonas ve Greve, Jan (2004). "Forms of contingency fit in management accounting research – a critical review", **Accounting, Organizations and Society**, 29 (3-4), s. 303-326.

Giddens, Anthony (1984). **The constitution of society: outline of the theory of structuration**, University of California Press, Los Angeles.

Greening, Daniel W. ve Gray, Barbara (1994). "Testing a model of organizational response to social and political issues", **Academy of Management Journal**, 37 (3), s. 497-498.

Hannan, Michael T. ve Freeman, John (1977). "The population ecology of organizations", **American Journal of Sociology**, 82 (5), s. 929-964.

Hannan, Michael T. ve Freeman, John (1984). "Structural inertia and organizational change", **American Sociological Review**, 49 (2), s. 149-164.

Hasselbladh, Hans ve Kallinikos, Jannis (2000). "The project of rationalization: a critique and reappraisal of neo-institutionalism in organization studies", **Organization Studies**, 21 (4), s. 697-720.

Hayran, Osman ve Sur, Haydar (Editörler) (1998). **Sağlık Hizmetleri (Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat)**, Yüce Yayını, İstanbul.

Hayran, Osman ve Sur, Hayri (Editörler), **Hastane Yöneticiliği**, Nobel Yayınevi, Ankara.

<http://fatihkhhb.gov.tr/>(Erişim Tarihi: 26.07.2014)

<http://www.anadolukuzey.gov.tr/>(Erişim Tarihi: 26.07.2014)

<http://www.beyoglubirlilik.gov.tr/sayfa/hastanelerimiz.html> (Erişim Tarihi: 26.07.2014)

[http://www.tubitak.gov.tr/tubitak\\_content\\_files/vizyon2023/si/EK-21.pdf](http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-21.pdf) ( Erişim Tarihi:17.08.2014 )

Jakipii, Annuka (2006). **The structure and effectiveness of internal control – a contingency approach**, Acta Wasaensia, No. 166, Business Administration 69, Accounting and Finance, Vaasan Yliopisto, Universitas Wasaensis.

Jones, Gareth R. (2004). **Organizational theory, design, and change text and cases**, New Jersey, Prentice Hall.

Kalaça, Sibel (2012). "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ve Beş Yıllık Kalkınma Planları" içinde ss. 65-75, Şahpaz, Figen ve Bilaloğlu, Eriş (Editörler) (2012). **Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı**, Füsün Sayek

- Türk Tabipler Birliği Raporları/Kitapları, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- Kaptanoğlu, Ayşegül Yıldırım (2011). **Sağlık Yönetimi**, Beşir Kitabevi, İstanbul.
- Karakılıç, Nilüfer Yörük (2008). **Temel Yeteneklerin Stratejik İttifak Oluşumundaki Önemi Ve Stratejik Performansa Etkileri**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (İşletme), Afyonkarahisar.
- Karasu, Koray (2001). **Profesyonelleşme olgusu ve kamu yönetimi**, Mülkiyeliler Birliği Vakfı Yayınları: 27, Tezler Dizisi: 11, Ankara.
- Karpuzoğlu, Ebru (2004). “Aile şirketlerinin sürekliliğinde kurumsallaşma”, **1. Aile İşletmeleri Kongresi Kongre Kitabı**, İstanbul Kültür Üniversitesi, 17-18 Nisan 2004, İstanbul.
- Kavuncubaşı, Şahin (2000). **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kavuncubaşı, Şahin (2000). **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kazançoğlu, Yiğit (2008). **Lojistik Yönetim Sürecinde Tedarikçi Seçimi ve Performans Değerlendirilmesinin Yöneylem Araştırması Teknikleri ile Gerçekleştirilmesi: AHP (Analitik Hiyerarşik Süreç ve DEA (Veri Zarflama Analizi))**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İzmir.
- Keskin, Halit ve Akgün, Ali E. (2003). “Sosyal bir etkileşim süreci olarak bilgi yönetimi ve bilgi yönetimi süreci”, **Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi**, 5 (1), s. 175-188.
- Kılıç, Bülent (1995). “ABD Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, 9, s. 64-65.
- Kıracı, Murat ve Alkara, İbrahim (2009). “Aile işletmelerinde kurumsallaşmaya verilen önem ve turizm sektöründeki konaklama işletmeleri üzerine bir araştırma: Alanya-Eskişehir örneği”, **Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi**, 11 (1), s. 167-197.
- Kocaman A. Mesut, Mutlu, M. Esat, Bayraktar, Demet ve Araz, Özgür M. (2014) OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Etkinlik Analizi, Endüstri Mühendisliği Dergisi, Cilt: 23 Sayı: 4 Sayfa: 14-31. (Http://Www.Mmo.Org.Tr/Resimler/Dosya\_Ekler/86e493e50c24be4\_Ek.Pdf ?Dergi=1316 Erişim Tarihi 20.08.2014)
- Koçer, Burak (2005). **İşsel bir yönetim mekanizması olarak yönetim kurulları: İMKB’de işlem gören şirketlerin yönetim kurulu yapısı ve işlevleri üzerine bir araştırma**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme ABD, İşletme Yönetimi ve Organizasyon Bilim Dalı, İstanbul.
- Kostova, Tatiana (1999). “Transnational Transfer Of Strategic Organizational Practices: A Contextual Perspective”, **The Academy of Management Review**, 24 (2), s. 308-324.

- Kurtulmuş, Sevgi (1998). **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.
- Küçükkancabaş, Selin, Akyol, Ayşe ve Ataman, Berk M. (2006). “İlişki Pazarlaması Bileşenlerinin Şirket Performansı Üzerindeki Etkileri: İçecek Sektöründe Uygulamalı Bir Araştırma”, **MÜ SBE Öneri**, 7 (25), s. 131-139.
- Maliye Bakanlığı (2003). **Özel Hastanelere Sevk**, Genelge 10309, T.C. Maliye Bakanlığı, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, Evrak (Sayı: b.07.0.bmk.0.18.102.55, Tarih: 05.06.2003).
- Marshall, Gordon (2005). **Sosyoloji sözlüğü**, (Çev.Osman Akınbay, Derya Kömürcü), İkinci Baskı, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara.
- Mavima, Paul ve Chackerian, Richard (2001). “Administrative reform adoption and implementation: the influence of global and local institutional forces”, **Journal of Developing Societies**, 17 (2), s. 91-110.
- McNamara, Carter (2005). Performance Management: Benefits and Concerns, <http://managementhelp.org/performance/benefits.htm> (erişim tarihi:11.11.2013)
- Meyer, John W. ve Rowan, Brian (1977). “Institutionalized organizations, formal structure as myth and ceremony”, **The American Journal of Sociology**, 83 (2), s. 340-363.
- Mintzberg, H. ve Ahlstrand, B.; Lampel J. (1998). **Strategy Safari**. Londra, Prentice Hall.
- Mizruchi, Mark S. ve Fein, Lisa C. (1999). “The social construction of organizational knowledge: a study of the uses of coercive, mimetic, and normative isomorphism”, **Administrative Science Quarterly**, 44 (4), 653-683.
- Muhittin Şimşek (2004) **İş Hayatında Mükemmellik**: Hayat Yayıncılık, İstanbul
- Mutlu, Ayşegül (2002). **Sağlık Ekonomisi ve Politikaları**, Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayın No: 14, İstanbul.
- Mutlu, Ayşegül ve Işık, A. Kadir (2005). **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Ekin Kitapevi, Bursa.
- Ocasio, William (1999). “Institutionalized action and corporate governance: the reliance on rules of CEO succession”, **Administrative Science Quarterly**, 44 (2), s. 384-416.
- OECD (2008). **Türkiye’de Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları**, OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri-Türkiye (Bölüm 2), OECD ve IBRD/Dünya Bankası, Paris.
- Oldham, Greg R. ve Hackman, J. Richard (1981). “Relationships between Organizational Structure and Employee Reactions: Comparing Alternative Frameworks”, **Administrative Science Quarterly**, 26 (1), s. 66-83.
- Oliver, Christen (1988). “The Collective Strategy Framework: An Application to Competing Predictions of Isomorphism”, **Administrative Science Quarterly**, 33(4), s. 543-561.

- Oliver, Christen (1991). "Strategic Responses to Institutional Processes", **Academy of Management Review**, 16 (1), s. 145-179.
- Onay, Özkaya M. ve Kara, Hatice Sibel (2009). "Lojistik Dış Kaynaklama Uygulamalarıyla İlgili Kararları Etkileyen Amaç ve Değişkenlerin, Örgüt Performansı Üzerine Etkileri", Ege Üniversitesi, **Ege Akademik Bakış**, 9 (2), s. 593-622.
- Oral, A. İlhan (2002). "ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme", **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 2 (2), s. 61-77.
- Osborne, David ve Gaebler, Ted (1992). **Reinventing Government**, Plume, New York.
- Özcan, Kerim (2011). "Kurumsal söylemin rasyonel temelleri: yeni kurumsal kuram bağlamında rasyonelite tartışması", **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 1 (13), s. 313.
- Özdamar, Kazım (2002), Paket Programlar İle İstatiksel Veri Analizi - 2 : (Çok Değişkenli Analizler) : SPSS-MINITAB, 4. Bs. Kaan Kitabevi, Eskişehir.
- Özdevecioğlu, Mahmut (2004). "Aile işletmelerinde kurumsallaşmanın önündeki bazı engeller", **Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi**, 2 (2), s. 107-131
- Özen, Şükrü (2010). "Yeni kurumsal kuram örgütleri çözümlemeye yeni ufuklar ve yeni sorunlar" içinde s. 237-330. Sargut, A. Selami, **Örgüt kuramları**, İmge Kitabevi, Ankara.
- Özen, Şükrü ve Berkman, Ümit (2007). "The Cross-National Reconstruction of Managerial Practices: TQM in Turkey", **Organization Studies**, 28 (6), s. 825-851.
- Özsarı, S. Haluk (2001). "Sağlıkta Yeniden Yapılanma", **Yeni Türkiye**, Sağlık Özel Sayısı-II, 40, s. 1209-1216.
- Öztek Zafer ve Eren, Nevzat (1996). **Sağlık Ocağı Yönetimi**, Palme Yayınları, Ankara.
- Öztek, Yaman (2005). "Performans Ölçümünde Esas Alınan Ölçütler", **Marmara Üniversitesi SBE Öneri Dergisi**, 6 (23), s. 19-22.
- Öztek, Zafer (2001). **Herkese Sağlık Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri**, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Pala, Kayıhan (2007). **Türkiye için Nasıl bir Sağlık Reformu**, 2006 Örsan Öymen Anısına Yılın İnceleme Ödülü, Milliyet, Bursa.
- Pehlivanoğlu, Jülide (2007). **Performans Planlaması**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Bilim Dalı Yönetim Bilimleri Anabilim Dalı, Mersin.
- Pekcan, Hikmet ve Uğurluoğlu, Özgür (2001). "Kentlerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Aile Hekimliği", **Yeni Türkiye**, Sağlık Özel Sayısı - I, 39, s. 817-844.

- Powell, Walter W. ve DiMaggio, Paul J. (1991). **The New Institutionalism in Organizational Analizi**, University of Chicago Press, Chicago.
- Radaelli, Claudio M. (2000). "Policy transfer in the European Union: institutional isomorphism as a source of legitimacy", **An International Journal of Policy and Administration**, 13 (1), s. 25-43.
- Reimann, Bernard C. (1974). "Dimensions of structure in effective organizations: some empirical evidence", **Academy of Management Journal**, 17 (4), s. 693-708
- Reimann, Bernard C. (1974). "Dimensions of structure in effective organizations: some empirical evidence", **Academy of Management Journal**, 17 (4), s. 693-708
- Ruef, Martin ve Scott, W. Richard (1998). "A multidimensional model of organizational legitimacy. Hospital survival in changing institutional environments", **Administrative Science Quarterly**, 43 (4), S. 877-904.
- Ruekert, Robert. W.; Orville, C. Walker, Jr. ve Kenneth, J. Roering (1985). "The organization of marketing activities: a contingency theory of structure and performance", **Journal of Marketing**, 49 (1), s. 13-25.
- Rutherford, M. (1995). **Institutions in economics the old and the new institutionalism**, Cambridge University Press, New York.
- Sağlık Bakanlığı (2003a). **Devlet Memurlarının Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Sevki Hakkında**, Genelge 2003/63, T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Evrak (Sayı: B100THG0100005-5370/4910, Tarih 05.06.2003, Sıra: 11392), Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2003b). **Devlet Memurlarının Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Sevki**, Genelge 2003/97, T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Evrak (Sayı: B100THG0100005-5370/4910, Tarih 15.08.2003, Sıra: 16058)
- Sağlık Bakanlığı (2012) **Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi 2011**, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlıkları (2003). **Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ**, T.C. Resmi Gazete 30.05.2003, Sayı: 25123, Ankara.
- Sargut, A. Selami (1999). "Institutionalization process in collectivist cultures: A cross-cultural approach", **Utrecht Business Review**, 1 (1), s. 75-87.
- Sargut, A. Selami ve Özen, Şükrü (2010). **Örgüt Kuramları**, İmge Kitabevi, Ankara.
- Saruhan, Sadi Can ve Yıldız, Müge Leyla (2009). **Çağdaş yönetim bilimi**, Beta Basım A.Ş., Ankara.
- Savaş, Vural (2000). **İktisatın Tarihi**, Siyasal Kitabevi, Ankara
- Scott, W. Richard (1987). "The adolescence of institutional theory", **Administrative Science Quarterly**, 32 (4), s. 493-511.



- Scott, W. Richard (2001). **Institutions and organizations**, Second Edition, Sage Publications, California.
- Scott, W. Richard (2003). "Institutional carriers: reviewing modes of transporting ideas over time and space and considering their consequences", **Industrial and Corporate Change**, 12 (4), s. 879-894.
- Seçim, Hikmet (1995), "Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri", **Hastane Yönetim ve Organizasyonu: Türkiye'de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi**, Anadolu Üniversitesi Yayın: 845, Açık Öğretim Fakültesi Yayın: 449, Eskişehir.
- Selznick, Philip (1996). "Institutionalism 'old' and 'new' ", **Administrative Science Quarterly**, 41 (2), s. 270-277.
- Somunoğlu, Sinem (2012). "Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi" içinde s. 2-25, Tatar, Mehtap (Ed.) (2012). **Sağlık Kurumları Yönetimi-I**, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2631, Açıköğretim Fakültesi Yayını NO: 1599, Eskişehir.
- Sözen, Cemil (2003). **Sağlık Yönetimi**, Palme Yayıncılık, Ankara.
- Şen, Erdal (2013). **Kurumsallaşma ile Firma Performansı İlişkisinde Kurumsal Yönetişimin Rolü**, Yayınlanmamış İşletme Doktora Tezi, GYTE, Gebze.
- Şimşek, Muhittin ve Nursoy, Mustafa (2002). **Toplam Kalite Yönetiminde Performans Ölçme**, Hayat Yayıncılık, İstanbul.
- T.C. S.B. (2002). **Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl**, Mayıs 1999- Mayıs, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara,
- Tavşancıl, Emre. (2006). **Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi**, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Tekin, Vasfi Nadir (2009) **SPSS Uygulamalı İstatistik Teknikleri**, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Tengilimoğlu, Dilaver (2012) **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Tengilimoğlu, Dilaver ve Çıtak, Nilgün (2003). **Yönetici ve Tıp Sekreterliği**, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Tetik, Semra (2003). "İşletme Performansını Belirlemede Veri Zarflama Analizi", **Celal Bayar Üniversitesi, Yönetim ve Ekonomi**, 10 (2), s. 221-229.
- Tonta, Yaşar (2007). "Örneklem mantığı", **Araştırma Yöntemleri**, Bilgi ve Belge Yönetimi Bölümü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Tschannen-Moran, Megan ve Hoy, Wayne, K. (2000). "A multidisciplinary Analyse of the nature, meaning and measurement of trust", **Review of Educational Research**, 70 (4), s. 547-593.
- Tunç, Nur Bozdurgut (2006). **Lojistik ve Tedarik Zincirinde Dengelenmiş Performans Kartı Uygulaması**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.

- Turan, Nurcan (2004). **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları**, Anadolu Üniversitesi İİBF Yayınları No: 182. Eskişehir.
- Turanlı, Münevver ve Selahattin Güriş ( 2012), **Temel İstatistik**, Genişletilmiş 4.Baskı, Der Yayınları, İstanbul.
- Turunç, Ömer (2006).**Bilgi Teknolojileri Kullanımının İşletmelerin Örgütsel Performansına Etkisi: Hizmet Sektöründe Bir Araştırma**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, SDÜ, SBE, Isparta.
- Türk Dil Kurumu (1988). **Türkçe sözlük**, Cilt 1, Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara.
- Umanath, N. (2003). “The concept of contingency based beyond ‘it depends’ illustration from IS research stream”, **Information and Management**, 40, s. 551–562.
- Uzunçarşılı, Ülkü; Toprak, Meral ve Ersun, Oğuz (2000). **Şirket kültürü ve iş prensipleri**, İstanbul Ticaret Odası Yayın No: 4, İstanbul.
- Üsdiken, Behlül (2003). Plurality in institutional environments and educational content: The undergraduate business degree in Turkey, içinde s. 87-109, Rolv Petter Amdam (Ed.), Ragnhid Kvalshaugen, Eirinn Larsen (Ed.) ve Ragnhild Kv lshaugen (Ed.) (2003). **Inside the business schools: The content of European business education**, Copenhagen Business School Press, Copenhagen.
- Westphal, James D.; Gulati, Ranjay ve Shortell, Stephen M. (1997). “Customization or conformity? an institutional and network perspective on the content and consequences of TQM adoption,” **Administrative Science Quarterly**, 42, s. 366-394.
- Wicks, D. (2001). “Institutionalized mindsets of invulnerability: differentiated institutional fields and the antecedents of organizational crisis”, **Organization Studies**, 22 (4), s. 659-692.
- Yalvaç, Mesut (2010). "Tutarlılık -2", Bilgi Yönetimi Araştırmaları Merkezi, Yakın Doğu Üniversitesi, **Haberdar**, 29 Mayıs 2010, s. 22.
- Yargıtay (2012). İşletmesel kararın tutarlılık ve ölçülülük denetimine tabi olacağı, 4857 S. İş. K/ Madde 18-21, T.C. Yargıtay 22. Hukuk Dairesi, Esas No. 2011/4954, Karar No. 2012/275, Tarihi: 19.01.2012, **Yargıtay Kararları – Çalışma ve Toplum**, 2012/3, s. 429-431.
- Yerebakan, Metin (2000). **Özel Hastaneler Araştırması**, İstanbul Ticaret Odası Yayın No: 2000-26, İstanbul.
- Yıldırım, Savaş (1994). **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, Devlet Planlama Teşkilatı, Uzmanlık Tezi, DPT Yayın No: 2350, Ankara.
- Yıldız, Mete (2007). “Uluslararası Kuruluşların Türkiye'nin E-Devlet Siyasetlerine Etkisi”, **Amme İdaresi Dergisi**, 40 (2), s. 39-55.

- Yıldız, Sebahattin (2010). **Entelektüel Sermayenin İşletme Performansına Etkisi: Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi SBS, İstanbul.
- Yıldız, Sebahattin (2011). “Entelektüel Sermayenin İşletme Performansına Etkisi: Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma”, **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 11 (3), s. 11-28.
- Yoğun Erçen, Ayşe Esmeray (2010). “Kurumsal taklitçilik-izomorfizm: türkiye’de sağlıkta dönüşüm program hedeflerinin ulaşılabilirliği”, **Akademik Bakış Dergisi**, 19, s. 1-11.
- Yürüşen, Serkan (2011). **Veri Zarflama Analizi İle Bayi Performansının Hesaplanması: Otomotiv Sektöründe Bir Uygulama**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İşletme Mühendisliği, İstanbul Teknik Üniversitesi, İstanbul.
- Zerenler, Muammer (2005). “Performans Ölçüm Sistemleri Tasarımı ve Üretim Sistemlerinin Performansının Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma”, **Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi**, 1 (1), s. 1-36.
- Zucker, Lynne G. (1987). “Institutional theories of organization”, **Annual Review of Sociology**, 13, s. 443-464.

## EK- ANKET FORMU

Değerli katılımcı,

Doktora tez çalışmamda kullanılacak olan bu katkılarınız için teşekkür ederim. Anketteki soruların doğrusu ya da yanlışı yoktur. Yanıtlar sizin alınıza dayanmalıdır. Lütfen her soru için tek yanıt seçeneği işaretleyin ve boş soru bırakmamaya gayret edin. Anket Formu üzerine şahsınızın ya da kurumunuzun kimliği ile ilgili bir işaret ya da iz bırakmayın lütfen.

1. Yaşınız...
2. Cinsiyetiniz  Kadın  Erkek
3. Branşınız (uzmanlık konunuz) .....
4. Görev yaptığınız yönetim düzeyi  Üst  Orta  Alt  Yok
5. Meslekteki kıdeminiz ..... yıl
6. Kurumunuzun istihdam düzeyi  500 kişiden az  500 kişiden çok
7. Kurumunuzun geçen yıl ciro düzeyi (yaklaşık olarak)  
 2 milyar liradan az  2 milyar liradan çok
8. Kurumunuzun büyüklüğü  tıp merkezi  hastane  araştırma hastanesi
9. Kurumunuzun türü  Özel  Resmi

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Kurumumuzda kadrolar kurum performansını arttıracak biçimde kullanılmaktadır					
2	Tıp teknisyenlerinin ve laborantların hastalara açıklamaları doktorlarınkiler ile çelişmez					
3	Hastanedeki bilgisayarlı haberleşme düzeni (hasta randevuları, personel devam çizelgesi gibi) kurum performansını etkilemez					
4	Hastanedeki SGK ile ilgili bilgisayarlı haberleşme düzeni (muayene, teşhis, tetkik, tedavi-ilaç gibi) kurum performansını etkilemez					
5	Kurumumuzda hasta muayene edilmeden reçete yazılmaz					
6	Kurumumuzda bakış açısı hastalıklara yönelik değil hastaların iyilik durumu duymalarına yöneliktir					
7	Kurumumuzda görev-yetki çatışması yoktur					
8	Kurumumuzda mesleki ilkeler kurum ilkelerinden daha önemlidir					

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	<b>Formalleşme</b>					
1	Kurumumuzda güvenlik ve çalışma şartları gibi konularla ilgili çalışanlar için bilgi kitapçığı bulunmaktadır					
2	Kurumumuzda çalışanlar için yazılı operasyon talimatları bulunmaktadır					
3	Kurumumuzda yerleşik kurallara ve prosedürlere ait yazılı bir el kitapçığı bulunmaktadır					
4	Kurumumuzda görev tanımları yazılıdır					
	<b>Profesyonelleşme</b>					
5	Terfiler çalışanların işi görme becerilerine göre yapılmaktadır					
6	Profesyonel yöneticilerimiz yeni politikaların benimsenmesinden söz sahibidir					
7	Kurumumuzda uzmanlaşma vardır					

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
8	İşe yeni alınacak kişilerin belirlenmesinde profesyoneller söz sahibidir					
9	Kurumumuz profesyoneldir					
10	Çalışanlar işi yapmalarına ve yeteneklerine göre ödüllendirilmektedir					
<b>Kültürel güç</b>						
11	Çalışanlar arasında zor konularda bile anlaşma sağlamak kolaydır					
12	Çalışanlar arasında işleri yapmanın doğru ve yanlış yolları ile ilgili açık bir anlaşma vardır					
13	Kurumumuzun farklı bölümlerinde çalışanlar aynı kurumsal bakış açısını paylaşmaktadır					
14	Kurum içindeki bölümlerde ve farklı (alt/üst) düzeylerde iyi bir amaç uyumu vardır					
15	Çalışanlarımız arasında kuruma güçlü bir bağlılık kültürü vardır					
<b>Tutarlılık</b>						
16	Kurumumuzun stratejik hedefleri ve eylemleri (faaliyetleri) birbiriyle uyumludur					
17	Kurumumuzda işlerin akış süreçleri ile örgütümüzün yapısı uyumludur					
18	Kurumumuz tutarlıdır					
19	Kurumumuz paydaşlara (diğer kurumlara, müşterilere ve çalışanlara) verdiği sözleri tutmaktadır					
20	Kurumumuzun stratejileri ile iş süreçlerimiz birbirine uygundur					
21	Kurumumuz benzer durumlara karşı benzer tepkiler verir					
22	Kurumumuzda yönetsel kararlar vizyona, misyona ve stratejiye uygun biçimde alınmaktadır					
23	Kurumumuzda çalışanların teknik yeterlilikleri, iş süreçlerimiz ile uyumludur					
24	Kurumumuzda uygulanan bütün eylem, süreç ve yapılar dış denetçilere söylenenlerle aynıdır					
25	Kurumumuzda ödüllendirme ve cezalandırma benzer şartlarda herkese aynı uygulanmaktadır					
26	Kurumumuzun süreçleri ve yapısı aynı sektörde aynı işi yapan kurumlara benzemektedir					

Kurum Performansı Ölçeği - Rakiplerinize kıyasla kurumumuzun son 3 yıl içindeki performansını nasıl değerlendirirsiniz?		Çok düşük	Ortalamanın altı	Ortalama	Ortalamanın üstü	Yüksek
<b>Satış Performansı</b>						
1	Satışların artışı veya gelirin artışı					
2	Pazar payındaki artış					
3	Müşteri memnuniyetindeki artış					
4	Müşteri sadakati					
5	Müşteriyi tanıma ve anlama					
<b>Üretim ve Operasyon Performansı</b>						
6	Ürün tasarımı					
7	Yeni ürün geliştirme					
8	Üretimde esneklik					
9	Servis ve ürün kalitesinde gelişme					
10	Üretim maliyetlerinin düşüklüğü					
11	Teslimat hızı					
<b>İnsan Kaynakları Performansı</b>						
12	Kaliteli işgücü					
13	Çalışanların kuruma bağlılığı					
14	Çalışanların iş tatmini					
<b>Finansal Performans</b>						
15	Ciro karlılığı (Kar/Toplam satışlar)					
16	Aktif karlılığı (Kar/Toplam varlıklar)					
17	Kurumun genel karlılık durumu (Kar/Özsermaye)					
18	Kurumun genel performansı					

# EK- ETİK KURUL ONAY BELGESİ



T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 34  
KONU:

25 107/2014

*Sayın;* Prof.Dr.Mustafa AKSU


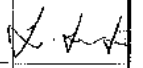

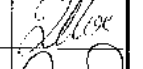
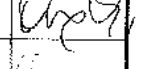
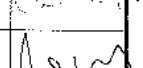
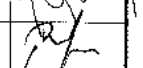
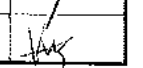

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Pınar ÖZTÜRK "*Sağlık Kurumlarının Kurumsallaşmanı Kurum Performansı Üzerindeki Etkisi*" isimli araştırması kurulumuzun 21.07.2014 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

  
Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ  
Etik Kurul Başkanı



T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARLARI

Karar No :1					
Tarih: 21.07.2014 Toplantı Sayısı: 04	Prof.Dr.Mustafa AKSU'nun yardımcı araştırmacı Pmar ÖZTÜRK ile planladıkları " Sağlık Kurumlarının Kurumsallaşmanın Kurum Performansı Üzerindeki Etkisi " konulu araştırma incelendi, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.				
<b>ÜYELER</b>					
Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile İlgisi	Katılım	İmza
Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ (Başkan)	İktisat	Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Leman ŞENTURAN (Raportör)	Hemşirelik	Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Güneş YAVUZER	Fizyoterapi ve Reh.	Haliç Üniversitesi Yüksekokulu	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Filiz AÇKURT	Beslenme ve Diyetetik	Haliç Üniversitesi Yüksekokulu	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Oya OĞUZ	Fizik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.İlhan ODABAŞ	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Pervin Sevdâ BIKMAZ	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Baki YÖKEŞ	Moleküler Biyoloji	Haliç Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Av.Korkut HAZİNEDAR	Hukuk	Haliç Üniversitesi	yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

## ÖZGEÇMİŞ

1979 yılında İstanbul'da doğdu. Tüm öğrenimini İstanbul'da tamamladı. Orta ve lise öğrenimini Cağaloğlu Anadolu Lisesi'nde tamamladı.

2001 yılında Marmara Üniversitesi Almanca İşletme Bölümü'nden, 2008 yılında Marmara Üniversitesi İngilizce İşletme Bölümü Management and Organization Yüksek Lisans Programı'ndan mezun oldu.

2012 yılında Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı'nda İşletme Doktora öğrenimine başladı.

2005 yılından beri İstanbul İstanbul Ticaret Üniversitesi'nde araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.